Verhaltensmodifikation bei langzeitig hospitalisierten schwer geistig behinderten Erwachsenen durch Mediatoren unter besonderer Beachtung der Sauberkeitserziehung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Michael Brand
aus Worms

1976

Verhaltensmodifikation bei langzeitig hospitalisierten schwer geistig behinderten Erwachsenen durch Mediatoren unter besonderer Beachtung der Sauberkeitserziehung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Michael Brand
aus Worms

Berichterstatter:
Prof. Dr. Marianne Manns
Priv. Doz. Dr. Hans Westmeyer

Tag der mündlichen Prüfung: 5.11.1976
Tag der Promotion: 5.11.1976

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: Zentrale Universitätsdruckerei, V a A 4

Inhaltsverzeichnis: Seite

1.	Einleitung	1
1.1.	Ausgangspunkte und Fragestellungen	1
1.1.1.	Häufige Klagen der Pflegepersonen und Alltagsprobleme	2
1.1.2.	Skizze der konventionellen Station	5
1.1.3.	Ein wenig Pflegedienst-Arithmetik	7
1.1.4.	Ursprüngliche Fragestellung: Der Einsatz der VT zum Erreichen adaequaten Toilettenverhaltens	14
1.1.5.	Die Vermutungen über Kontaktdefizit und Fehlverstärkung	18
1.1.5.1.	Eine frühere Untersuchung dazu	21
1.1.6.	Neue Fragestellungen: Planungsüberlegungen	23
1.2.	Methodik und Geltungsanspruch	28
1.2.1.	Zweifel an der praktischen Relevanz der üblichen VT-Untersuchung	28
1.2.2.	Neue Zielsetzung	35
1.2.2.1.	Womit bringt das Personal seine Zeit tatsächlich zu?	37
1.2.2.2.	Ein Planspiel mit Hilfe von Mediatoren	44
1.3.	Ziel: Gewinnung von praktikablen Planungsüberlegungen	48
2.	Hauptteil I	52
2.1.	Beobachtung sozialer Interaktionen zwischen Patienten und Pflegern	52
2.1.1.	Art und Weise der Durchführung	57
2.1.2.	Darstellung des Signierungssystems	62
2.1.3.	Erwartungen und Ergebnisse	69
2.1.3.1.	Ergebnisse "at face value"	73

		Seite
2.1.3.2.	Ergebnisse bezogen auf Pflegepersonen, ohne Rücksicht auf Patienten	94
2.1.3.3.	Ergebnisse bei Differenzierung nach Trainees und Non-Trainees	103
2.1.3.4.	Ergebnisse bezogen auf das Kategoriensystem	120
2.1.3.4.1.	Ohne Gewichtung nach Trainees oder Non-Trainees (Matrix 1)	121
2.1.3.4.2.	Faktorenstruktur der Matrix 1	133
2.1.3.4.3.	Mit Gewichtung nach Trainees oder Non-Trainees (Matrix 2)	140
2.1.3.4.4.	Faktorenstruktur der Matrix 2	142
2.1.4.	Zusammenfassung des Hauptteils I	149
3.	Hauptteil II	159
3.1.	Das Training - Vorbereitungen und Rahmenbedingungen	159
3.1.1.	Beschreibung des Monitoring-Instruments, der PAC-Skala	163
3.1.2.	Beschreibung der Patienten-Population mit Hilfe der PAC	170
3.1.3.	Plan des Trainings und des Monitorings	176
3.1.4.	Organisation der Trainingsstation; Rekrutierung der Mediatoren	185
3.1.4.1.	Organisationsform der Trainingsstation	185
3.1.4.2.	Rekrutierung der Mediatoren	189
3.1.5.	Instruktion der Mediatoren	192
3.1.5.1.	Ein zusammenfassendes Paper	193
3.1.5.2.	Die Signalapparate	194
3.1.5.3.	Die Supervision des ersten Tages	195
3.2.	Das Training: Ergebnisse	197
3.2.1.	Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen allgemein	198

		Seite
3.2.1.1.	Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen allgemein, mit Rücksicht auf Mediatorengruppen	203
3.2.2.	Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen, bezogen auf die Toilettenbenutzung	211
3.2.2.1.	Änderungen im Toilettenverhalten im zeitlichen Ablauf betrachtet	220
3.2.2.2.	Änderungen im Toilettenverhalten im zeitlichen Ablauf betrachtet, mit Rücksicht auf Supervisionsbedingungen und auf Mediatorengruppen	229
3.2.2.3.	Erreichte Toiletten-Fertigkeiten, erreichte Erweiterung des Verhaltensrepertoires und "Ausgangsniveau"	232
3.2.3.	Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen	238
3.2.3.1.	Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen, bezogen auf Mediatorengruppen	242
3.2.3.2.	Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen, bezogen auf das Toilettenverhalten	245
3.2.4.	Ergebnisse bezogen auf die erfaßte Ausgangsbreite des Verhaltensrepertoires	250
3.2.5.	Ausmaß der durch Training und Rückverlegung verursachten Veränderungen in der Einschätzung durch die PAC-Skala, bezogen auf die Stationen	257

		Seite
3.2.6.	Ein weiterer Hinweis für die Vermutung, daß das Training häufig eher zum Reaktivieren als zum Neulernen von Verhaltensweisen geführt hat	261
3.3.	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	264
3.3.1.	Hauptergebnisse des Trainings	267
3.3.2.	Einige Schlußfolgerungen allgemeinerer Art	272
4.	Schluß	281
4.1.	Welche Planungsvorschläge lassen sich aus den Ergebnissen für die Zukunft von Behinderteneinrichtungen gewinnen?	281
4.1.1.	Was ist wünschenswert?	282
4.1.2.	Neue Organisationsformen von Behinderteneinrichtungen - Ausländische Erfahrungen	292
4.1.3.	Das "Machbare" - Welche Reformmaßnahmen lassen sich in kurzer Zeit in der BRD durchführen?	303
4.2.	Die selbstgesteckten Ziele der Anstalten: Vergleich des Ist-Zustands mit dem Soll-Zustand	311
4.2.1.	"Ist"-Zustand vs. "Soll"-Zustand: Vergleich einiger in den "Empfehlungen" angegebener Kennzahlen	314
4.2.2.	Vergleich mit den auf der Trainingsstation gemachten Erfahrungen	317
4.3.	Die Rolle der Psychologie in Behinderten-Einrichtungen und in der Behinderten-Versorgung	322
4.4.	Einige Verbindungen zur Community Psychology	333

		Seite
4.5.	Die Rolle der Verhaltenstherapie in Behindertene inrichtungen	340
4.6.	Die Rolle des Psychologen in Behinderteneinrichtungen	347
4.7.	Konsequenzen für die Ausbildungsziele des Pflegepersonals in der Zukunft	349

1. EINLEITUNG

1.1. Ausgangspunkte und Fragestellungen

Häufige Klagen der Pflegepersonen, Alltagsprobleme - Skizze der konventionellen Station - Einige Zahlen zur personellen Situation im Pflegedienst - Ursprüngliche Hypothesen und Fragestellungen

Gegenstand dieser Untersuchung ist ein Ausschnitt aus der Wirklichkeit einer großen und renommierten Spezialeinrichtung zur Versorgung geistig und mehrfach Behinderter in einer norddeutschen Großstadt. Die Institution hat eine mehr als hundertjährige Tradition; Gründer und Träger ist eine der beiden großen Religionsgemeinschaften bzw. die entsprechende Landeskirche. Die Institution wird im folgenden einfach "die Einrichtung" oder "die Anstalt" genannt werden.

Wo von der "konventionellen" oder "traditionellen" Einrichtung bzw. Abteilung oder Station die Rede ist, meint dies die heutige Realität, die Umwelt, in der die Behinderten leben. Ein Bild davon will der erste Teil der Untersuchung entwerfen; der zweite Teil befaßt sich mit der Möglichkeit, diese Realität gewissermaßen realistischer zu machen, d.h. sie gewissen definierten Bedürfnissen besser anzupassen.

Der betrachtete Ausschnitt des Alltags dieser Einrichtung läßt sich folgendermaßen eingrenzen:

- Die gesamte Einrichtung unterteilt sich verwaltungstechnisch in das sog. "männliche Gebiet" und das sog. "weibliche Gebiet", dem auch die Kinderabteilungen zugeordnet sind (diese Einteilung spiegelt noch die früher rigoros gehandhabte Geschlechtertrennung wider). Wir betrachten nur das "männliche Gebiet".

- Das Ausmaß der Behinderung der Insassen ist sehr verschieden; alle Ausprägungsgrade zwischen fast normaler Intelligenz und schwerster Mehrfachbehinderung sind vertreten. "Behinderung" meint hier immer eine geistige oder Lernbehinderung, nicht in erster Linie eine körperliche, obwohl diese beiden Behinderungsarten sich oft kombinieren (sensorische werden hier unter die körperlichen Behinderungen gerechnet).
- Nicht betrachtet werden Abteilungen, die nicht auf dem Kerngebiet der Anstalt angesiedelt sind, d.h. Güter in ländlichen Gebieten, sowie ein angegliedertes Heim für erziehungsschwierige und vorwiegend milieugeschädigte Jugendliche, die in der Regel nicht geistig behindert sind.
- Es wird also in dieser Einleitung zunächst von erwachsenen männlichen geistig Behinderten die Rede sein, die ganz auf dem Anstaltsgelände selbst leben. Im Hauptteil wird diese große Gruppe noch weiter eingegrenzt werden auf die Untergruppe der geistig Schwerbehinderten.

1.1.1. Häufige Klagen der Pflegepersonen, Alltagsprobleme

Der Verfasser hat 3 1/2 Jahre in der Einrichtung gearbeitet und dabei zahlreiche Gespräche mit Pflegepersonen "an der Front", d.h. im Stationsdienst, geführt. Er faßt seine Erfahrungen impressionistisch und nach eigenem Verständnis zusammen, um dem mit solchen Institutionen nicht vertrauten Leser einen Eindruck von ihrem Alltag zu vermitteln.

Das zentrale Problem ist nach Aussagen aller Betroffenen der generelle Zeitdruck bzw. Zeitmangel am Arbeitsplatz, für den die chronische personelle Unterbesetzung der Stationen der Grund sei. Daraus ergeben sich nach Darstellung der Pflegepersonen folgende Konsequenzen:

a- Hauswirtschaftliche und verwaltungstechnische Routinetätigkeiten füllen einen viel zu großen Teil der Arbeits-

zeit aus (obwohl z.B. eine Zentralküche und eine Zentralwäscherei vorhanden ist). Der Pfleger kommt praktisch nicht zu anderen Tätigkeiten und kann bestenfalls nebenbei ein Auge auf die Patienten (auch "Pfleglinge" genannt) haben.

b- Dieser Zeitdruck, die Notwendigkeit, "den Laden am Laufen" zu halten, spitzt sich zu und wird besonders unangenehm zu den täglichen "Stoßzeiten". Diese sind verursacht durch die Mahlzeiten und durch das Waschen und An- und Ausziehen sowie weitere Hygiene-Verrichtungen, die beim Aufstehen bzw. Zu-Bett-Gehen anfallen.

c- Aus diesem ständigen Zeitmangel ergibt sich die Unmöglichkeit, sich gezielt mit den Pfleglingen zu beschäftigen. Niemand hat Zeit, sich mit den Patienten zu unterhalten, mit ihnen zu spielen, sie zu etwas anzuleiten etc. Gerade dieser Umstand wird von den Pflegern immer betont und sehr bedauert.

d- Die Pflegepersonen sehen das so, daß die Größe und Organisationsform der Stationen, die Zahl der Betten auf der einen und der Zahl der Pfleger auf der anderen Seite einen schnellen, reibungslosen Ablauf der äußerlichen, körperlichen Versorgung und der dadurch nötigen Routineverrichtungen erzwingen (z.B. Essen austeilen, Medikamente verabreichen, Verwaltungsaufgaben erledigen, Geschirr abwaschen, Wäsche wegbringen oder holen, Betten beziehen etc.).
Auf eine Formel gebracht: Personalmangel heißt zugleich Zeitmangel beim vorhandenen Pflegepersonal. Damit würde ein Einbeziehen von Patienten in die Stationsroutine - die theoretisch meist als möglich bezeichnet wird - nicht mehr durchführbar, da sie zu langsam und zu unzuverlässig arbeiteten, also zu viel Aufsicht und Anleitung brauchten, was mit dem straffen Zeitplan nicht zu vereinbaren ist.

Eine weitere häufige Klage ist die über Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Zielvorstellungen und Prioritäten des Pflegedienstes. Dies scheint eine Spielart des Generationenkonflikts zu sein: was die vorrangigen Bedürfnisse eines Patienten seien, ist offenbar ziemlich kontrovers. Ältere, erfahrene Kräfte, die deswegen meist höher in der Abteilungshierarchie stehen, scheinen vor allem an körperliche Pflege und Schutz des Patienten vor allerlei Gefahren zu denken. Sie klagen oft darüber, daß jüngere Kollegen nicht schnell und straff genug arbeiteten, es mit der Sauberkeit nicht genau genug nähmen und es an Disziplin und Einsatz oft etwas fehlen ließen. Die Schutzbedürftigkeit und Hilflosigkeit der Patienten wird häufig betont, implizit damit die geistige Behinderung als unabänderlich gegeben, als statischer Zustand mitgedacht.

Jüngere Kräfte andererseits beklagen häufig übertriebene hygienische Anforderungen ihrer älteren Kollegen, barschen Umgangston und mangelndes Verständnis dafür, daß sie - die Jüngeren - emotionale und soziale Bedürfnisse der Patienten für wichtiger hielten als reibungslose Organisation und immer einwandfrei ordentliche, saubere Stationsräume. Die jüngeren Mitarbeiter scheinen dazu zu neigen, eine geistige Behinderung nicht als statisch zu betrachten, sondern eher als Einschränkung, die nicht unverrückbar zu sein braucht und deren Möglichkeiten auch oft noch nicht ausgeschöpft sind - kurz, die Lernfähigkeit der Patienten zu betonen.

Diese verschiedenen Vorstellungen scheinen die emotionalen Beziehungen zwischen den Pflegepersonen sehr zu belasten, wohl gerade weil sie schwerlich den Betroffenen ganz bewußt sind und wohl kaum klar ausformuliert werden. Statt Standpunkte zu klären und dann einen sachlichen Kompromiß zu suchen, fühlt sich eine Person oder Partei von der anderen meist sofort angegriffen, rechtfertigt sich deshalb und setzt zum Gegenangriff an. So meinen sich die

älteren gegen den Vorwurf schützen zu müssen, sie machten seit Jahrzehnten alles falsch und seien zumindest mitschuldig an vielen Mißlichkeiten; die jüngeren wittern häufig den Vorwurf, sie seien Besserwisser ohne Erfahrung, die im Grunde nicht wüßten, wovon sie redeten.

Diese Differenzen zusammen mit dem hierarchisch-autoritären Aufbau der Stationen scheinen mit eine Erklärung für eine hohe "job-dissatisfaction" zu sein. Hierarchisch ist der Aufbau auch deshalb, weil der oder die Abteilungsleiter ausdrücklich die Verantwortung für die Patienten tragen und damit auch weisungsbefugt gegenüber jüngeren Kollegen sind. Diese Verantwortung verstehen sie eben meist so, daß "die Arbeit getan werden muß", also der organisatorische Ablauf gewährleistet sein muß, und daß den Patienten nichts zustößt, daß sie also z.B. hygienisch einwandfrei versorgt sind, ihre Medikamente einnehmen und weder sich noch andere verletzen. Besonders diese Verletzungsangst führt zu übertriebener Vorsicht; z.B. bekommen Patienten keine Messer und Gabeln in die Hand, keine Glas- und Porzellangefäße, weil dies als zu gefährlich gilt, und recht schnell werden Patienten angebunden, weil sie sich oder anderen Verletzungen zufügen könnten. Die Verantwortlichkeit scheint Restriktivität hervorzubringen, weil der Verantwortliche sich möglichst weitgehend absichern will. Das ist sicher verständlich, aber wahrscheinlich wird dabei das kleinere Übel durch ein größeres verhindert. Die Möglichkeit, daß die Mitarbeiter einer Station ein Team bilden und kollektiv verantwortlich sein könnten, wird bisher nicht erwogen, soweit dem Verfasser bekannt ist.

1.1.2. Skizze der konventionellen Station

Die Station besteht in der Regel aus einem oder mehreren großen Tagesräumen, in denen sich die Patienten ständig aufhalten. Dazu kommen mehrere große Schlafräume oder auch

Schlafsäle, die nur nachts genutzt werden. Teilweise haben die Stationen Zugang zu einem eingezäunten, kahlen Stück Boden mit einer Bank oder zweien darauf. Daneben gibt es immer eine Küche, ein Dienstzimmer, ein Besucherzimmer und einen oder mehrere Abstellräume sowie Bad und Toiletten.

Schwerbehinderte gehen meist keiner Beschäftigung nach und bleiben sich selbst überlassen. Sie können sich jedoch nicht selbst beschäftigen und nehmen zueinander kaum Kontakt auf (wie kleine Kinder eben auch, die nebeneinander, aber nicht miteinander spielen und ohne Anleitung und Anregung durch ältere Partner nicht längere Zeit konstruktiv spielen können). Beschäftigungstherapie, Sonderschule etc. werden jedoch nicht angeboten, soweit es um Schwerbehinderte geht. Normalerweise dösen diese Patienten vor sich hin, zeigen stereotype Bewegungen oder Primitivspiele, die schwer von motorischen Stereotypen und Selbststimulationen abzugrenzen sind. Gelegentlich kommt es zu mehr oder weniger erwünschtem auffälligem Verhalten wie Schreien, sich selbst oder andere Hauen oder Knuffen, Gegenstände werfen, irgendwie Lärm machen etc.

Diese Monotonie wird nur unterbrochen durch Mahlzeiten, Kleiderwechsel, Toiletten- und Hygieneverrichtungen und seltene Spaziergänge bei gutem Wetter auf dem Anstaltsgelände. Das Personal ist ständig nervös und in Eile und kommt mit der Arbeit nicht nach. Diese Arbeit erfordert in der Regel keinen Kontakt mit den Patienten, es sei denn, sie empfangen passiv Körperkontakt wie beim Waschen oder Umziehen.

Diese Skizze erinnert deutlich an Bedingungen sensorischer und sozialer Deprivation. Die Umwelt der Insassen ist sehr einfach und sehr stabil. Neugierverhalten kommt kaum vor; es hätte auch kein Ziel, da es nichts Neues zu explorieren gibt. Außerdem würde es ebenso als störend unterbunden wie Ansätze zur Selbständigkeit, die sicher nicht verlangt und gefördert wird. Dafür ist Selbstbeschädigung und Selbststimulation häufiges Verhalten, auch destruktive und aggressive Handlungen

kommen oft vor. Diese auffälligen bis unerwünschten Handlungen werden meist noch durch Festbinden des Patienten unterbunden (meist an Möbelstücke, aber auch durch Anwendung der "Schutzjacke", früher "Zwangsjacke" genannt). Nachts wird die Mehrzahl der Patienten ebenfalls in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, um nächtliches Umherlaufen, Schlägereien oder sexuelle Kontakte zu vermeiden (Bei einer zweimaligen nächtlichen Kontrolle auf 10 Kinderstationen mit 106 Betten hat der Verfasser festgestellt, daß rund drei Viertel aller Kinder nachts mehr oder weniger weitgehend fixiert werden, d.h. ans Bett und/oder im Bett gefesselt. Die Tradition setzt sich also in die Kinderstationen mit ihrer stärkeren personellen Besetzung fort).

1.1.3. Einige Zahlen zur personellen Situation im Pflegedienst

Auf dem männlichen Pflegegebiet der Einrichtung leben auf insgesamt 16 Stationen 613 Patienten. Auf eine Station entfallen also im Durchschnitt 38.3 Patienten (als Station wird eine räumliche, nicht eine verwaltungstechnische Einheit bezeichnet; große, räumlich einheitliche Stationen werden z. T. verwaltungsmäßig als zwei Abteilungen gezählt).

Dafür stehen laut Dienstplan 92 Pflegepersonen zur Verfügung, pro Station also 5.75. Der Besetzungsschlüssel beträgt nach diesen Zahlen dann 38.3 : 5.75 (bzw. 613 : 92), das sind 6.67 Patienten pro Pflegeperson (als Pflegepersonen werden nur solche bezeichnet, die eine Pfleger- oder Hilfspflegerstelle innehaben, nicht aber angelernte Patienten, sog. "Hilfsjungen", Reinmachefrauen oder Küchenkräfte).

In diese Kalkulation sind die personalintensiven Abteilungen mit eingegangen; dies sind die Liegestation für mehrfachbehinderte und akut kranke Patienten, die Abteilung für chronische Pflegefälle und der "Wachsaal", d.h. die geschlossene Abteilung für verhaltensschwierige Patienten. Läßt man die drei personalintensiven Abteilungen weg

und kalkuliert den Besetzungsschlüssel für die "Normalstation", so erniedrigt sich die Zahl auf 1 : 8.33.

Dieser Wert sieht auf dem Papier noch ganz günstig aus. Er läßt aber außer acht, daß der Arbeitstag auf einer solchen Station 13 bis 14 Stunden dauert, die gesetzliche Arbeitszeit jedoch auf 8 Stunden bemessen ist. Weiter läßt diese Zahl außer acht, daß die Pflegewoche sieben, die Arbeitswoche aber nur fünf Tage hat; auch auf Urlaub, Erkrankungen, Verschiebungen durch Nacht- und Schichtdienste etc. nimmt sie keine Rücksicht. Erfahrungsgemäß muß diese Zahl deshalb mindestens noch einmal halbiert werden, um zu einer realistischen Schätzung des Pfleger-Patienten-Verhältnisses zu kommen, daß man auf einer Station zu irgendeinem Zeitpunkt in der Regel vorfindet. Die Zahlen würden demnach mit etwa 1 : 13 bis 1 : 17 veranschlagt werden müssen.

Der Augenschein bestätigt diese Überschlagsrechnung: auf einer Station sind in der Regel bestenfalls 3 Kräfte zugleich anwesend. Dies gilt jedoch nur für Wochentage und "Stoßzeiten" wie früher Vormittag oder die Mittagszeit. An Wochenenden, Feiertagen und zu "ruhigen" Tageszeiten, d.h. nachmittags und am frühen Abend, sind es häufig nur 1 bis 2 Personen. Es braucht nicht sehr viel Vorstellungskraft, um sich in die Lage einer Pflegeperson hineinzuversetzen. Jeder Mutter wird dies besonders leicht fallen: sie braucht nur anzunehmen, sie hätte täglich ca. 15 zwar inaktive, aber auch besonders unselbständige Kinder zu versorgen, zu beaufsichtigen und daneben noch Hausarbeit zu verrichten. Nachmittags und an Wochenenden erhöhte sich die Kinderzahl dann noch auf 20 bis 25. Dies macht verständlich, weshalb Patienten "ruhig und ordentlich" sein müssen, weshalb Aktivität und Neugierverhalten, Kontaktwünsche und Beteiligungsversuche seitens der Patienten einfach nicht "gehen". Die entsprechenden Einwände des Pflegepersonals scheinen also leicht nachvollziehbar und völlig berechtigt.

Bei diesen Überlegungen bleibt die Ausbildung der Pflegekräfte noch außer Betracht; es geht nicht um Qualifikation, sondern um bloße Anzahl. Daß die Pfleger alle eine entsprechende Ausbildung hätten, darf nicht vorausgesetzt werden; nur etwas mehr als die Hälfte dieser Personen sind entweder als Krankenpfleger (dreijährige Ausbildung) oder als Krankenpflegehelfer (einjährige Ausbildung, die einem Anlernberuf gleichgesetzt werden muß) ausgebildet. Krankenpfleger sind knapp ein Drittel der Pflegepersonen.

In jedem Fall aber ist der Ausbildungsgang fast völlig frei von psychologisch-pädagogischen Inhalten, sondern für die Bedürfnisse des allgemeinen Krankenhauses, also für akut körperlich Kranke mit normaler Intelligenz und kurzer Verweildauer gedacht. Der Intention nach produziert diese Ausbildung also medizinisches Hilfspersonal. Die beschriebene Einrichtung betreibt diese Ausbildung selbst und fügt ihr eine Einführung in die medizinische Psychiatrie und neuerdings - in die theoretische Psychologie hinzu. Für den Stationsalltag wird diese theoretische Unterweisung jedoch kaum eine große Hilfe darstellen. Statt dessen dürfte sie Zielvorstellungen von Pflege, Hygiene, optimaler Aufbewahrung etc. noch fördern und nahelegen, den Behinderten als statisches Zustandsbild nach irreversibler, ausschließlich somatisch definierter Schädigung zu sehen. Diese impliziten Einstellungen dürften auch für den "Generationenkonflikt" mitverantwortlich sein, die Meinungsverschiedenheiten zwischen älteren und jüngeren Mitarbeitern, zwischen der "Führungsspitze" und der "Basis" einer Station, da die ausgebildeten Kräfte Weisungsbefugnis gegenüber den jungen und nicht ausgebildeten haben.

Die übrigen Pflegepersonen sind meist solche, die irrelevante Berufe erlernt haben oder auch keine abgeschlossene Berufsausbildung besitzen. Das bedeutet aber nicht, daß sie nicht faktisch als Pfleger fungieren und oft jahrelange Erfahrung besitzen.

Interessant ist der Vergleich mit den Empfehlungen, die von offizieller Seite für solche Einrichtungen gegeben werden, also einen vorläufigen Soll-Zustand beschreiben wollen. Zu diesem Vergleich werden die Zahlen benutzt, die der Verband der Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte (1974) als wünschenswerte und notwendige Richtzahlen angibt. Auf Seite 30 findet sich in dieser Drucksache die Angabe, daß stark Pflegebedürftige und Kleinkinder einen Besetzungsschlüssel von 1 : 1.5 benötigen. Dies beziehe sich auf die Zahl der Planstellen. Für deren ganztägige tatsächliche Ausfüllung müsse mit dem Faktor 2.8 multipliziert werden (oben war schätzungsweise nur verdoppelt worden). Dies ergäbe dann 1 : (1.5 x 2.8) = 1 : 4.2 als faktisches Verhältnis. Zu einem beliebigen Zeitpunkt stünde also je eine Pflegeperson für 4.2 Patienten zur Verfügung, wenn der Besetzungsschlüssel 1 : 1.5 beträgt.

Die entsprechende Richtzahl sieht für Schulkinder wie folgt aus: Angegeben wird die Zahl 2.5, multipliziert mit dem Faktor 2.8 ergibt sich 1 : 7, d.h. 7 Kinder stünde dann jederzeit eine Pflegeperson zur Verfügung.

Im pflegerisch unaufwendigsten Fall, bei Ausbildungs- und Werkstattgruppen von Jugendlichen und Erwachsenen (die also einen wesentlichen Teil ihres Tages nicht auf der Station zubringen) wird ein Schlüssel von 1 : 4 für nötig gehalten. Bei Multiplikation mit dem konstanten Faktor ergibt das in gleicher Weise ein Verhältnis von 1 : 11.2.

Tabelle 1 stellt dar, wieweit die betrachtete Einrichtung im männlichen Pflegebereich diese Richtzahlen erfüllt.

Zu diesem Zweck wurden die Richtzahlen und die gefundenen tatsächlichen Zahlen des Stellenplans, einmal mit und einmal ohne die personalintensiven Stationen mit Sonderaufgaben, miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei wurde die Richtzahl als 100 und die faktisch gefundene Zahl als x

gesetzt. Der gefundene Zahlenwert ist natürlich dann größer als 100 und gibt die Unterschreitung der Richtzahl in % an. Das ist paradox; leichter stellt man sich die Verhältnisse vor, wenn der Kehrwert gebildet und in eine Prozentzahl umgewandelt wird. Die erhaltene Zahl sagt dann aus, zu welchem Prozentsatz die Richtzahlen von der beschriebenen Einrichtung erfüllt werden, je nachdem, welche Bezugsgröße gewählt wird.

Tabelle 1:		Stark Pflegebedürftige (1:1.5)	Schulkinder (1:2.5)	Ausbildungsgruppen (1:4)
Normalstation (ohne person. intens.)	Unterschreitung in %	$x = \frac{833}{1.5} = 555\ \%$	$x = \frac{833}{2.5} = 333.2\ \%$	$x = \frac{833}{4} = 208{,}25\ \%$
	Erfüllung d. Richtzahl, %	$\frac{1}{x}.100 = 18.18\ \%$	$\frac{1}{x}.100 = 30\ \%$	$\frac{1}{x}.100 = 48.02\ \%$
Incl. Intens. Stationen	Unterschreitung in %	$x = \frac{666}{1.5} = 444\ \%$	$x = \frac{666}{2.5} = 266.4\ \%$	$x = \frac{666}{4} = 166.5\ \%$
	Erfüllung d. Richtzahl, %	$\frac{1}{x}.100 = 22.72\ \%$	$\frac{1}{x}.100 = 37.54\ \%$	$\frac{1}{x}.100 = 60.6\ \%$

Es zeigt sich also, daß die beschriebene Einrichtung die Richtzahlen ihres Dachverbandes je nach Wahl der Bezugsgrößen nur zu etwa zwischen 20 % und 60 % erfüllt. In jedem Fall unterschreitet sie das als notwendig erachtete Maß ganz erheblich.

Für die im Hauptteil II gesondert diskutierte Untergruppe, die sog. Trainees, muß sicher der ungünstigste Fall gelten: es handelt sich eindeutig um stark Pflegebedürftige (vgl. Abschnitt 3.1.3.), und es handelt sich nicht um relativ gut besetzte personalintensive Stationen, sondern die Trainees kommen von Normalstationen. Daraus folgt, daß auf den im Hauptteil I genauer beschriebenen Stationen schätzungsweise 18 % des als notwendig erachteten Personals tatsächlich zur Verfügung steht. Dabei bleibt außer Betracht, welchen Ausbildungsstand diese Mitarbeiter haben oder haben sollen (die Empfehlungen gehen davon aus, daß in jeder Gruppe mindestens ein Erzieher anwesend ist, p. 30), wie groß die Gruppen sind etc., sondern es wird allein die Anzahl betrachtet.

Diese Darstellungen sollten dazu dienen, die Vermutung eines umfassenden Kontakt-Defizits bei den Patienten zu erläutern. Für die Stationen, auf denen dieser Vermutung durch gezielte Beobachtung weiter nachgegangen wurde und von denen sich die Trainees rekrutierten, muß eine starke Mehrheit auch der Non-Trainees als stark pflegebedürftig gelten. Patienten mit dem Niveau von (Sonder-)Schulkindern oder solche, die zu einer Ausbildungs- oder Werkstattgruppe gehören könnten, sind seltene Ausnahmen. Deshalb ändert sich nichts grundlegend an der Schätzung des Personalfehlbestandes: bei günstiger und großzügiger Kalkulation des gegenwärtigen Zustands läßt sich aussagen, daß die beschriebene Einrichtung zwischen einem Fünftel und einem Viertel des als notwendig bezeichneten Personalbestands bereithält.

Die eingangs zitierten Klagen der Pflegepersonen, Personalmangel führte zu einem ständigen Zeitdruck und erzwinge eine

möglichst schnell ablaufende Organisationsroutine, erweisen sich also nicht nur dem Augenschein nach als berechtigt, sondern werden bei näherer Nachprüfung eher noch energisch unterstrichen.

1.1.4. Ursprüngliche Fragestellung: Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken zum Erreichen adaequaten Toilettenverhaltens bei Schwerstbehinderten

Der praktische Anlaß für die vorliegende Untersuchung bestand ursprünglich in der Überlegung, ob eine Entlüftungsanlage in diejenigen Stationen eingebaut werden müsse, die unter ihren Patienten einen wesentlichen Prozentsatz an "Nässern", d.h. an inkontinenten Pfleglingen beherbergen. Verständlicherweise besteht eine oft geäußerte Klage des Personals auch darin, daß es unangenehm sei, beschmutzte und eingenässte Kleidung zu wechseln und Möbel und Fußboden von Urin oder Kot zu reinigen, und daß diese Verrrichtungen relativ viel von der ohnehin knappen Zeit beanspruchten.

Es lag daher nahe, für das Problem der Inkontinenz eine verhaltenstherapeutische Lösung zu suchen. Wenn es gelänge, die Mehrzahl der unsauberen Patienten zu adaequatem Toilettenverhalten zu bringen, bedeutete das eine deutliche Entlastung des Pflegepersonals und würde zudem die - sehr kostspieligen - Luftfilter- und Entlüftungsanlagen überflüssig machen.

Berichte über erfolgreiche verhaltenstherapeutische Programme mit diesem Ziel liegen in recht großer Zahl vor (Azrin und Foxx, 1971; Baumeister und Klosowski, 1965; Bensberg, Colwell und Cassell, 1965; Bigelow und Griffiths, 1972; Browning und Stover, 1971; Dayan, 1964; Ellis, 1963; Fielding, 1972; Giles und Wolf, 1966; Grabowski und Thompson, 1972; Hundziak, Maurer und Watson, 1965; Kimbrell, Luckey, Barbuto und Love, 1967; Leath und Flournoy, 1970; Rentfrow

und Rentfrow, 1969; Schaefer und Martin, 1969; Van Wagenen und Murdock, 1966; Van Wagenen, Meyerson, Kerr und Mahoney, 1969; Wagner und Paul, 1970; Watson, 1968). Daß sich adaequates Toilettenverhalten durch Verhaltensmodifikation herbeiführen läßt, ist also allein eine Frage des know-how und mußte nicht erst nachgewiesen werden. Eine schwierigere Frage war schon die nach den praktischen Bedingungen, unter denen ein solches Programm anzuwenden ist.

Die ursprüngliche Zielsetzung war zunächst folgende: fast alle genannten Arbeiten trainierten nur einzelne oder sehr wenige Behinderte, machten nur ungenaue oder gar keine Aussagen über den Behinderungsgrad der Vpn, wählten verschiedene Trainingstechniken und verschiedene Indikatoren für den Trainingserfolg. Es ist daher nicht verwunderlich, daß der gemeldete Zeitaufwand sehr stark schwankte, nämlich zwischen 12 Tagen (Azrin und Foxx, 1971) und 5 Monaten (Fielding, 1972). Die genannten Arbeiten sind also kaum vergleichbar, aber alle demonstrieren, daß klinische Verhaltensmodifikation oft erfolgreich Schwerbehinderte zur Toilettenbenutzung veranlassen kann. Fast gar keine Angaben finden sich allerdings zu der wichtigen Frage, wieweit Laien ein solches Programm durchführen können, welches Maß an Anleitung und Supervision nötig ist, wieviele Trainer wohl nötig sind etc.

Dies führte zunächst zu folgenden Fragen, die die Untersuchung beantworten sollte:

- Können Laien zu Therapieträgern, zu Mediatoren gemacht werden, ohne den Trainingserfolg zu gefährden?
- Wenn ja, welches Maß an spezifischem Wissen ist notwendig?
- Wenn ja, wieviel Supervision durch einen Verhaltenstherapeuten ist nötig?
- Lassen sich Schwerbehinderte in Gruppen trainieren?
- Gibt es eine Art absoluter Untergrenze der Intelligenzentwicklung, jenseits derer auch verhaltenstherapeutische

Techniken kein angemessenes Toilettenverhalten mehr zustande bringen?

Die Fragen zielten also von vornherein auf die praktisch-organisatorische Seite eines solchen Trainings ab, nicht auf die Trainingsprozedur selbst. Diese sollte konstant gehalten werden; es wurde aus der genannten Literatur diejenige ausgesucht, die die simpelste und billigste zu sein schien und die besten Erfolge in kürzester Zeit meldete, die von Azrin und Foxx (1971).

Ausnahmslos alle Arbeiten berichten von ward-wide-programs, d.h. alle Pflegepersonen, die mit dem oder den Patienten Kontakt hatten, bekamen detaillierte Instruktionen, wie sie sich verhalten sollten, und das Training lief in einer Kleingruppe ab; diese Bedingungen scheinen als so selbstverständlich zu gelten, daß sie nicht betont werden. Für die beschriebene Einrichtung bedeutete dies, daß das Training auf der konventionellen Großstation nicht durchführbar sein würde. Dies lag auf der Hand, denn diese Abteilungen sind völlig unüberschaubar, da an die 40 Patienten in mehreren Räumen durcheinanderlaufen. Diese mangelnde Überschaubarkeit wäre noch hinderlicher geworden, hätte man zusätzliches Personal als Mediatoren eingesetzt; das vorhandene Personal konnte andererseits unmöglich noch mit Sonderaufgaben belastet werden, die ein ständiges Beobachten der Patienten erfordern. Außerdem ist der allgemeine Geräuschpegel viel zu hoch, es wären zu wenige Toiletten vorhanden, einige kontaktbegierige, aber nicht inkontinente Patienten würden sich um die Mediatoren scharen - kurz, ein konzentriertes und konsequentes Trainieren auf der bestehenden Station mit einem Teil der Insassen war nicht denkbar. Folglich mußte das Training auf einer Spezialstation durchgeführt und die Patienten zu diesem Zweck dorthin verlegt werden.

Es wurde erwartet, daß es gelingen würde, auf der Trainingsstation einen mehr oder weniger großen Teil der Patienten

zur adaequaten Toilettenbenutzung zu bringen, und daß die erfolgreich trainierten Behinderten auch weiter sauber und trocken bleiben würden, solange sie nach dem Training wenigstens gelegentlich für angemessenes Toilettenverhalten verstärkt, für inadaequates (d.h. "Toilettenunfälle") aber konsequent nicht verstärkt würden, wobei diese Bedingung der Aufrechterhaltung des Trainingserfolges durch Instruktion leicht herbeizuführen sein würde, auch nach Rückverlegung auf die Normalstation.

Um es vorwegzunehmen: Beide Erwartungen sind in dieser Form unrealistisch und erscheinen im Nachhinein geradezu naiv. Der Trainingserfolg besteht nicht darin, daß Pfleglinge entweder sauber sind oder nicht; vielmehr sind Mischformen des Toilettenverhaltens die Regel. Auch daß die Instruktion des Personals genügen würde, das Trainingsergebnis aufrecht zu erhalten, erwies sich als unrealistisch. Diesen Erwartungen lag die unausgesprochene Vorstellung des Verfassers zugrunde, durch das Training könnte das Verhaltensrepertoire der Patienten erweitert werden, und die neuen Verhaltensweisen "rasteten" dann gewissermaßen "ein" und blieben stabil, solange ein Minimum an Verstärkung gewährleistet sei; das Zielverhalten der Toilettenbenutzung sei aber in jedem Fall ein Neulernen. Die Trainingsstation wurde also zunächst unausgesprochen so gedacht, daß die "Trainees" sie durchlaufen und dann "trocken und sauber" zurückentlassen werden sollten, jeweils mit einer Art "Gebrauchsanweisung".

Zur Erklärung dieser impliziten Vorstellungen mag angeführt werden, daß dem Verfasser in diesem Stadium der Vorbereitung nur die genannte Literatur zur Verfügung stand, eigene Erfahrung und Anschauung aber noch fehlten. Die genannte Literatur aber ist ausnahmslos dem pragmatischen Behaviorismus zuzuordnen. Entsprechend sind die Programme so beschrieben, als ginge es allein um das Finden und Setzen wirksamer Verstärker und das Bereitstellen klarer, ein-

deutiger Stimuli, so daß die erwünschten S-R-Verknüpfungen hergestellt werden könnten. Das soziale Umfeld, die Bedürfnisse des Behinderten, kognitive Vorgänge, Einflüsse wie die Breite seines Verhaltensrepertoires, aber auch der Aufbau der Station - all das wird bestenfalls gestreift. Diese Denkweise in S-R-Termini scheint nach den gemachten Erfahrungen so abstrakt und einseitig, daß sie für die Praxis und den konkreten Patienten kaum noch eine brauchbare Hilfe darstellt, so unentbehrlich diese klare Vereinfachung für die Theoriebildung ist. Gerade diese pragmatische Hilfe für den Stationsalltag wollen aber die genannten Autoren geben.

Gemessen an der Wirklichkeit der beschriebenen deutschen Einrichtung (s. Hauptteil I) sind die in der Literatur geschilderten Trainingsbedingungen eher Korrelate für hochkünstliche Laborbedingungen. Die Stationen, auf denen solche Programme durchgeführt werden können, müssen erst geschaffen werden. Autoren wie z.B. Azrin und Foxx (1971) gehen aber wie selbstverständlich oder auch ganz ausdrücklich davon aus, ihre vorgeschlagenen Trainingsprozeduren seien überall problemlos und ohne Umstrukturierungen der Stationen durchzuführen. Wenn dem so ist, dann müssen die amerikanischen Einrichtungen der beschriebenen deutschen (die sicher nicht völlig atypisch für die BRD ist) um Jahrzehnte voraus sein.

Es wird von diesem angeschnittenen Fragen im Hauptabschnitt 4 noch ausführlich die Rede sein, da nach Ansicht des Verfassers in diesem Bereich die wichtigsten Ergebnisse der folgenden Untersuchung liegen.

1.1.5. Die Vermutungen über Kontaktdefizit und Fehlverstärkung von Unsauberkeit und anderem unerwünschten Verhalten

Bei der Planung der vorliegenden Arbeit bestand die Vermutung, daß Inkontinenz wirkungsvoll fehlverstärkt wird,

und zwar aus Gründen eigener Beobachtung und Anschauung wie auch aufgrund von entsprechenden Hinweisen oder Untersuchungen in der diesbezüglichen Literatur:

- es fiel dem Verfasser immer wieder auf, daß zwischen den Mahlzeiten und abgesehen vom Aufstehen bzw. Zu-Bett-Gehen die Pflegepersonen mit zahlreichen organisatorischen Routineverrichtungen beschäftigt waren, aber nicht mit den Behinderten selbst, es sei denn, diese zeigten auffälliges unerwünschtes Verhalten oder brauchten Hilfen irgendwelcher Arzt,

- deshalb sollte generell ein Kontaktdefizit bestehen, d.h. ein menschliches Grundbedürfnis, das nach Sozialkontakten und Kommunikation, bei den Behinderten chronisch frustriert sein. Dies schien auch aus theoretischen Gründen plausibel: Wenn Schwerbehinderte in ihrem kognitiv-emotionalen Entwicklungsstand normalen Kleinkindern direkt vergleichbar sind (Inhelder, 1968), so dürfen sie ebensoviel Zuwendung von Erwachsenen bzw. Pflegern erfordern wie Vorschul- und Kleinkinder, und zwar umso eher, je schwerer die Behinderung bzw. je niedriger das Entwicklungsalter. Es liegt auf der Hand, daß etwa 2- bis 3jährige sich kaum allein oder miteinander beschäftigen können, sondern dazu fast ständig die Mutter oder eine andere Person in Aspruch nehmen. Wenn Schwerbehinderte in ähnlichem Maß auf Pflegepersonen angewiesen sind, um sich zu beschäftigen und Kontakte zu haben, dürften diese Kommunikations- und Beschäftigungsbedürfnisse fast völlig unbefriedigt bleiben.

- weiter bestand die Vermutung, daß "Wohlverhalten" und adaequates Toilettenverhalten vom Pflegepersonal nicht weiter beachtet und nicht gezielt verstärkt, alle Arten von unselbständigem oder unerwünschtem Verhalten aber Beachtung seitens der Pfleger hervorrufen würden (sei es in Form von Tadel oder Strafe wie Zu-Bett-Schicken, Anbinden, Anziehen der "Schutzjacke", sei es durch Kommentar und Hilfestellung). Diese Vermutung durchzieht auch die entsprechende Litera-

tur und ist in einigen Arbeiten durch Beobachtung bestätigt (Browning und Stover, 1971; Brawley, Harris, Allen, Fleming und Peterson, 1969; Bigelow und Griffiths, 1972; Ellis, 1963; Goffman, 1961; Grabowski und Thompson, 1972; Schaefer und Martin, 1969; Schwartz und Shockley, 1956; Schwartz und Stanton, 1950; Vail, 1966;). Bei höher entwickelten Pfleglingen mit relativ breitem Verhaltensrepertoire würden Tadel und Strafen wohl oft zu einem Minimum an "Wohlverhalten" führen, weil ihnen Verhaltensalternativen zur Verfügung stehen, auf die sie ausweichen können; bei "schwachen", "tiefstehenden" Pfleglingen jedoch dürften die gleichen Maßnahmen eher zu einer Zunahme des unerwünschten Verhaltens führen, weil Beachtung und Tadel eher als Verstärker wirkt und Verhaltensalternativen ohnehin fehlen, wobei der Verstärker gerade in diesem Fall so potent wirken dürfte, weil er das chronisch frustrierte Kontaktbedürfnis momentan befriedigt.

- wenn diese Vermutung begründet ist, sollten die unsauberen Patienten, die sog. Trainees also, ein engeres Verhaltensrepertoire besitzen als die Non-Trainees (daß dies der Fall ist, wird in Abschnitt 3.1.2. demonstriert werden),

- wenn diese Vermutung begründet ist, hätten die Trainees gewissermaßen kein Interesse daran, adaequates Toilettenverhalten zu zeigen, weil sie sich damit selbst um einen erheblichen Teil der ohnehin sehr spärlichen Kontakte bringen würden. Ein Hinweis darauf kann in dem Ergebnis einer Durchsicht der Krankenakten gesehen werden, nach dem nicht weniger als 32 der 47 Trainees früher einmal mehr oder weniger selbständig die Toilette benutzt hatten (Näheres s. Abschnitt 3.2.2.),

- wenn diese Vermutung begründet ist, müßte eine gezielte Beobachtung auf den Stationen ergeben, daß ein wesentlicher Teil der Kontakte zwischen den Trainees und dem Pflegepersonal dann erfolgt, wenn die Patienten unerwünschtes Verhalten

zeigen oder psychisch versorgt werden müssen, weil sie unselbständig sind (Abschnitt 2.1.4. wird zeigen, daß dies im wesentlichen, wenn auch nicht uneingeschränkt der Fall ist),

- wenn diese Vermutung begründet ist, müßten verschiedene Arten von Verhaltensstörungen umso häufiger sein, je enger das Verhaltensrepertoire eines Patienten ist. (Daß dies für die Verhaltensstörung "Selbstbeschädigung" gilt, wird in Abschnitt 3.1.2. gezeigt werden).

1.1.5.1. Einschub: Eine frühere Untersuchung, die diese Vermutungen unterstützt

Für eine andere Stichprobe aus der gleichen Einrichtung, nämlich 81 Kindern und Jugendlichen beiderlei Geschlechts, wurde mit der Skala PAC (Näheres siehe Abschnitt 3.1.1.) die Breite des Verhaltensrepertoires abgeschätzt. Die Vpn waren im Durchschnitt 14.2 Jahre alt (s = 4.89 Jahre). Sie erreichten in dieser Skala durchschnittlich 85.15 Punkte (s = 42.63) und lagen damit etwas über dem Durchschnitt der erwachsenen Trainees, aber erheblich unter dem Durchschnitt der erwachsenen männlichen Behinderten insgesamt.

Die erste Hypothese war entsprechend den oben dargelegten Vermutungen die folgende: Je enger das Verhaltensrepertoire bzw. je geringer die Zahl der Verhaltensalternativen, ausgedrückt in niedriger PAC-Punktzahl, umso eher werden schwerwiegende Verhaltensstörungen auftreten. Als solche wurden Selbstbeschädigung, Fremdaggression und Hochwürgen des Mageninhalts gezählt (Aggressionshandlungen sind übrigens bei schwer Behinderten selten; Autoaggressionen sind ein häufigeres Problem). Nach Aussage der Pflegepersonen zeigten 16 Kinder und Jugendliche diese Verhaltensstörungen in einem Ausmaß, daß sie als problematisch und grob gestört bezeichnet werden müssen. Diese 16 Kinder sollten nun deutlich engere Verhaltensrepertoires, also niedrigere

PAC-Punktwerte haben als die übrigen Insassen der gleichen Stationen, die nicht als grob auffällig bezeichnet wurden.

Wegen der geringen Datenqualität (metrische Ordinalskala) wurde zur Prüfung der U-Test von Mann und Whitney verwendet. Der z-Wert betrug 1.61, was einer Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese von p = 0.0537 entspricht. Die Signifikanzschranke von 5 % wird also so knapp verfehlt, daß sie bei Rundung erreicht würde; die erste Hypothese soll daher fürs erste trotzdem beibehalten werden (bestätigt von Scholtz, 1974).

Die zweite Hypothese war entsprechend folgende: Diejenigen unter den 81 Vpn, die nicht selbständig die Toilette benutzten und trotz regelmäßigen Aufsetzens inkontinent waren, werden ein engeres Verhaltensrepertoire haben, also niedrigere Punktzahl in der PAC (das Toilettenverhalten geht allerdings selbst mit einigen Punkten in das PAC-Ergebnis ein. Die Differenz ist jedoch zwischen den beiden Gruppen so groß, daß sie nicht als Artefakt aufgrund dieser wenigen Punkte erklärt werden kann). 46 Vpn benutzten die Toilette nicht adaequat; sie bilden praktisch ohne Ausnahme die untere Hälfte der Verteilung. Das Prüfverfahren war das gleiche wie oben; der z-Wert betrug 7.62, womit die Wahrscheinlichkeit der Nullhypothese noch p = 0.00003 unterschreitet. Hypothese 2 soll daher beibehalten werden.

Die Vermutung scheint also nicht ohne Begründung, daß bei hospitalisierten Behinderten unerwünschtes Verhalten und Unselbständigkeit umso wahrscheinlicher werden, je enger das habituelle Verhaltensrepertoire ist, weil diese Klassen von wenig erwünschtem Verhalten die Beachtung des Personals erzwingen, wenn auch in Form von Tadel und Äußerungen des Ärgers. Bei einem breiteren Verhaltensrepertoire könnte der Behinderte wohl auf ein tolerables oder erwünschtes Alternativverhalten ausweichen, um dem Tadel zu entgehen und trotzdem Beachtung zu erhalten;

bei drastisch eingeschränktem Repertoire jedoch besteht diese Möglichkeit nicht. Zum Verhaltensrepertoire zählen ja vor allem auch die Kommunikationsfähigkeiten, und daß autoaggressive Kinder gerade darin und im selbständigen Spiel die größten Defizite zeigen, wies Scholtz (1974) nach, d.h. das Kontaktdefizit dürfte gerade bei diesen Kindern am ausgeprägtesten sein. Es könnte sich so ein Zirkel bilden, in dem starke Behinderung zu besonders großem Kontaktdefizit führt, dies wieder zu unerwünschtem Verhalten und Unselbständigkeit, wobei beides unwillentlich durch das Personal verstärkt wird und wiederum die Stärke der Behinderung bzw. die Enge des Verhaltensrepertoires ausmacht.

Wieweit diese Überlegungen jedoch tatsächlich der vorgefundenen Realität entsprechen, konnte nur durch gezielte Beobachtung eines Ausschnitts aus dieser Anstaltsrealität geklärt werden. Dazu wurde der Hauptteil I dieser Untersuchung durchgeführt (s. Abschnitt 2).

1.1.6. Neue Fragestellungen: Planungsüberlegungen - Anpassung des Behinderten an die Station oder Anpassung der Station an die Behinderten?

Spätestens an diesem Punkt der Überlegungen kamen dem Verfasser Zweifel am Sinn der ursprünglichen Fragestellung. Sollte denn nachgewiesen werden, daß mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen auch Schwerbehinderte zur adaequaten Toilettenbenutzung zu bewegen sind? Da dies in einer Reihe einschlägiger Arbeiten bereits hinlänglich geschehen ist, schien eine solche Fragestellung unnütz. Oder sollte der Zweck der Untersuchung sein, diese Arbeiten in der BRD zu replizieren, möglichst mit einer größeren Zahl von Vpn? Auch das schien kaum neue Einsichten zu versprechen. Oder sollte durch die Untersuchung das know-how des Toilettentrainings in Anstalten weiter vorangetrieben und eine Reihe nützlicher Tips für die Praxis gewonnen werden? Das schien als Ergebnis einer so auf-

wendigen Untersuchung wie der geplanten nicht recht befriedigend, Erfahrungen für die Praxis lassen sich wohl auch an Einzelfällen oder wenigen Vpn gewinnen. Zudem scheint ein solches Festlegen von "Rezepten" oder "Gebrauchsanweisungen" für Verhaltenssteuerung nur wenig sinnvoll, weil es die Relativität von Verstärkern und Strafen (bei Behinderten vor allem) außer acht läßt, daß also ein Verstärker in einem Fall als solcher wirken kann, in einem anderen aber gerade die gemeinte Strafe als Verstärker wirkt. Rezepte scheitern ja in der Praxis oft, weil ihre Voraussetzungen zwar unterstellt werden, aber nicht gegeben sind. Zudem sind solche starren Gebrauchsanweisungen eher geeignet, die nötige Flexibilität und Selbständigkeit der Verhaltensformer als nebensächlich erscheinen zu lassen; dabei sind gerade bei Behinderten Verhaltenstherapien mit gleichem Ziel oft in den Details verschieden und nur im Prinzip gleich.

Es schien daher wenig sinnvoll, ein Rezept auszutüfteln, "wie man Schwerbehinderte zur Toilettenbenutzung bringt", und dieses Rezept dann an das Pflegepersonal weiterzureichen. Die Mißerfolgschancen wären zu hoch - wie soll unter den skizzierten räumlichen und personellen Bedingungen überhaupt konsequent verhaltenstherapeutisch gearbeitet werden? Wo der Überblick über das Verhalten von Patienten einfach nicht möglich ist (da an die 40 von ihnen in mehreren Räumen gleichzeitig durcheinanderlaufen), ist es unmöglich, einen definierten Teil dieses Verhaltens gezielt zu verstärken. Wo keine Zeit für den persönlichen Kontakt mit Pfleglingen bleibt, hat es keinen Sinn zu empfehlen, Kontakte verhaltenskontingent zu machen. Der Psychologe würde sich damit dem berechtigten Vorwurf aussetzen, er kenne den Pflegealltag nicht und argumentiere aus dem Elfenbeinturm heraus. Zudem würde der fast sichere Mißerfolg dieses Vorgehens der Psychologie bzw. Verhaltenstherapie einen schlechten Dienst erweisen, denn selbst im Falle ernsthafter Bemühungen würden die Pfleger ent-

täuscht, und das Fehlschlagen würde vermutlich der Unfähigkeit der Psychologie angelastet, mit Pflegeproblemen im Alltag fertig zu werden. Die stereotype Entgegnung der Pflegekräfte auf verhaltenstherapeutische Anregungen hin, daß "dies alles sowieso nicht durchführbar" sei, erweist sich bei näherer Betrachtung also nur als allzu wahrscheinlich.

Schließlich: selbst wenn es gelänge, einen Behinderten zur erwünschten Toilettenbenutzung zu bewegen, ohne die Station umzustrukturieren, würde er selbst deswegen menschenwürdiger leben? Am ständig frustrierten Kontaktbedürfnis würde damit nichts geändert; auch das Pflegepersonal würde wahrscheinlich nicht im erhofften Maß entlastet, da das Säubern und Umziehen inkontinenter Patienten meist den Hilfsjungen (also angelernten Patienten) zufällt. Selbst im - unwahrscheinlichen - Erfolgsfall würde also das Entwickeln verhaltenstherapeutischer Alltagsrezepte allenfalls dazu verhelfen, die mehr als fragwürdige bestehende Praxis der Unterbringung zu konservieren. Der Therapeut oder Mediator/Pfleger hätte den Patienten an die Station angepaßt, statt umgekehrt. Es bliebe so bei einer Alternative von Mißerfolg oder einem Erfolg, dessen Wünschbarkeit zweifelhaft ist.

Die brauchbarere Alternative bestand folglich darin, die Station an den Behinderten anzupassen. Im Großen und Ganzen ist das Wie klar: die "angepasste"Station muß wesentlich weniger Betten haben als durchschnittlich 38, und sie muß einen wesentlich günstigeren Besetzungsschlüssel haben als 1 : 8.33. Es ist nicht mehr zu diskutieren, ob das nötig sei, sondern nur noch, wie dieser Zustand mit möglichst geringer Verzögerung erreicht werden kann. Selbst die Frage nach der "Machbarkeit" der angemessenen Station dürfte nicht gestellt werden, sondern nur noch die, wie schnell eine erträgliche Annäherung durchgesetzt werden kann.

Die Frage der Ressourcen an Räumen und Pflegepersonal einmal ausgeklammert, erhebt sich ein weiteres Problem: woher ausreichend ausgebildetes Personal bekommen? Die Bedarfsrechnung ergäbe bei rund 1200 Betten in der Einrichtung insgesamt bei vorsichtig angesetztem Schlüssel 1 : 3 einen Bedarf von 400 pädagogisch vorgebildeten Kräften. Diese zu bekommen, wäre selbst dann auch Jahre hinaus unmöglich, wenn die Finanzen dazu bereitstünden. Es ergibt sich also auch hier wieder die Frage der erträglichen Annäherung. Diese könnte z. B. im Einsatz von Laien-Mediatoren bestehen, falls sich die Durchführbarkeit nachweisen läßt (Zivildienstleistende, diakonische Helfer, Abiturienten, die auf einen Studienplatz warten, betroffene Eltern, sonstwie motivierte Laien kämen außer den Pflegepersonen in Frage). Daß solche Laien-Mediatoren mit erträglichem finanziellem Aufwand und in ausreichender Zahl zu beschaffen wären und nach Anleitung als Erzieher, Pfleger und Verhaltenstherapie-Mediator in vertretbarer Weise fungieren könnten, liegt wenigstens noch im Bereich des Vorstellbaren.

Aus diesem Überlegungen heraus ergab sich folgende Abänderung der Fragestellung dieser Arbeit: Die Technik einer Modifikation des Eliminationsverhaltens sollte nicht mehr als Variable, sondern als Konstante in die Studie eingehen. Als Variable sollen statt dessen verwendet werden

- das Maß an Supervision der Mediatoren im Training
- das Maß der Vorausbildung der Mediatoren vor dem Training
- das Maß der Erfahrung im Pflegedienst vor dem Training.

Das Problem des Trainings Schwerbehinderter soll also nicht mehr im Sinne eines "Experiments" der Laborpsychologie (mit allen methodischen Ansprüchen, die sich daran knüpfen) behandelt werden, sondern als Planspiel unter genauerer Beobachtung zur Erprobung einer realistischerweise erreich-

baren und vertretbaren Neuordnung der Stationen; d.h. in einfachen Worten: eine solche "Zelle" oder Stationsstruktur muß

- billig sein
- nach Zahl und Ausbildungsstand des Personals im Bereich des Möglichen liegen und
- besser sein als das Bestehende, d.h. Training und Unterweisung der Patienten zulassen und auch ihre sozialen Bedürfnisse einigermaßen befriedigen.

Die Folgerungen für Planung von Neubauten, von Ausbildungsinhalten, für die Personalpolitik und die Finanzkalkulation, die sich eventuell aus einem solchen Planspiel ergeben, könnten erheblich sein; der Schlußteil dieser Studie ist ihrer Diskussion gewidmet.

Soviel zur praxisbezogenen Seite der folgenden Arbeit; eine Vorab-Verteidigung der psychologisch-methodischen Handhabung folgt im nächsten Abschnitt.

1.2. Zur Methodik und zum Geltungsanspruch der vorliegenden Untersuchung:

1.2.1. Zweifel an der praktischen Relevanz der üblichen Verhaltenstherapie-Untersuchungen in diesem Kontext - Zweifel am Nutzen und der Angemessenheit der bloßen Übertragung üblicher Vorgehensweisen der Verhaltenstherapie in diesen Zusammenhang

Die Überlegungen zur pflegepraktischen Seite des Problems des angemessenen Eliminationsverhaltens Schwerbehinderter hatten schon eine Reihe von Zweifeln aufgeworfen, ob der Aufwand einer Verhaltensmodifikations-Untersuchung die zu erwartenden Ergebnisse wohl rechtfertigte. Die Gründe dafür waren folgende:

- die Bedingungen, unter denen auf Patientenverhalten überhaupt konsistent reagiert werden kann bzw. nicht, sind im Alltag der Einrichtung einfach nicht gegeben,
- sie müssen also erst künstlich - quasi im Labor - geschaffen werden, nämlich durch Einrichten einer speziellen Trainingsstation;
- die auf dieser Spezialstation erarbeiteten Erfahrungen sind also von vornherein nicht direkt auf den Pflegealltag zu übertragen.
- Daß mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen Schwerbehinderte zu adaequatem Toilettenverhalten, größerer Selbständigkeit im Selbstregelungsbereich (Essen, Kleidung, Hygiene) zu bewegen sind, daß unerwünschtes Verhalten damit beseitigt und auch kognitives, inneres Verhalten aufgebaut werden kann, ist so hinlänglich nachgewiesen, daß sich dieses Wissen bereits in detaillierten praktischen Leitfäden sowohl für Psychologen (DeMyer und Ferster, 1962; Girardeau und Spradlin, 1964; Gottwald und Redlin, 1972; Gorton und Hollis, 1965; Grabowski und Thompson, 1972; Hollis und Gorton, 1967; Kimbrell, Kidwell und Hallum, 1967; Kimbrell, Luckey, Barbuto und

Love, 1967; Martin, England, Kaprowy, Kilgour und Pilek, 1968; Nawas und Braun, 1970; Roos, 1965; Schaefer und Martin, 1969; Thompson und Grabowski, 1972;) als auch für Laien-Mediatoren wie Pflegepersonal oder Familienangehörige (Bensberg, 1965; Florin und Tunner, 1972; Liljeroth und Niméus, 1973; Schaefer und Martin, 1969;) niedergeschlagen hat. Vom Wissensstand der angewandten Verhaltensmodifikation in diesem Gebiet her würde eine solche Studie wohl nicht mehr als eine unoriginelle Variante erbringen, die wieder einmal hinlänglich Bekanntes bestätigt.

- Der wahrscheinliche Erfolg - erwünschtes Patientenverhalten - wäre ebenso wahrscheinlich nicht von Dauer. Daß ein maintenance-Training und ein allmähliches "Ausschleichen" der Verstärker bis auf ein notwendiges Minimum nötig ist, soll der Effekt erhalten bleiben, wäre auch kein besonderer Wissenszuwachs.

Das bedeutet, der Wert einer weiteren Untersuchung nach dem Beispiel der genannten Arbeiten zur Anwendung der Verhaltensmodifikation in Behinderteneinrichtungen wäre sowohl für die Pflegepraxis wie für die psychologische Theorie ziemlich gering. Warum kommt im Grunde bei den zitierten Arbeiten aber immer nur heraus, daß mit Verstärkern wie Süßigkeiten und/oder Lob sowie Time-out-Prozeduren auch bei Schwerbehinderten Verhalten trainiert werden kann?

Es scheint, daß in diesem Zusammenhang vor einer allzu schematischen Handhabung der Grundbegriffe der Verhaltenstheorie gewarnt werden sollte. Auch bei Behinderten ist es sicher klärend, Verhalten mit Hilfe von Begriffen wie Reiz und Reaktion, Löschung und Verstärkung etc. zu deuten und zu beschreiben. In der Praxis scheinen solche Verhaltensanalysen Behinderter besonders stark zu der Unterstellung zu verführen, der Verhaltensanalytiker wisse über die Wertigkeit der Verhaltenskonsequenzen für die Zielperson

von vornherein ebenso Bescheid wie über die subjektive Bedeutung von Stimuli; so wird z.B. leicht implizit behauptet, Joghurt sei immer ein Verstärker, ebenso wie Kopfkraulen, oder Tadel oder Aufenthalt im TO-Raum seien immer ein subjektiv unangenehmer Zustand und deshalb zum Unterdrücken von Verhalten geeignet. Diese Implikation liegt wohl bei Behinderten wohl deshalb so nahe, weil deren Verhalten relativ einfach, d.h. deren Verhaltensrepertoire recht eng ist; der Schluß scheint nahezuliegen, ihre Bedürfnisse, Motive und subjektiven Bedeutungen seien leicht durchschaubar, in starkem Maße normierbar; was Verstärker seien und was Strafen, sei also in der Regel fast apriorisch festzulegen.

Rein verbal werden Verhaltenspsychologen auch im Zusammenhang mit schwer Behinderten solchen theoretischen Folgerungen kaum zustimmen, vor allem nicht, wenn diese pointiert formuliert werden. Dessenungeachtet neigen wohl Verhaltenspsychologen im Behindertenwesen häufig doch dazu, Pflegepersonen gewissermaßen "Verhaltensrezepte" an die Hand zu geben der Art, "Wenn dieses oder jenes Verhalten auftritt, dann tun Sie dies oder jenes", wobei damit ein allgemeinerer Gültigkeitsanspruch implizit erhoben wird, als zulässig und angebracht ist.

Kurz, in der Praxis wird häufig die theoretische Fiktion unterstellt, Strafe und Verstärkung seien beinahe absolute Begriffe. Das scheint aber bei Schwerbehinderten nicht in stärkerem, sondern in noch geringerem Maße der Fall zu sein als bei Nichtbehinderten. Autistische Patienten können nicht sozial verstärkt werden und finden den TO-Raum oft durchaus angenehm; ein TO-Raum wird auch dann wahrscheinlich wenig Wirkung haben, wenn er sich nicht drastisch von den Normalbedingungen, unter denen ein Behinderter lebt, abhebt. Ein Behinderter mit geringen passiven Kommunikationsfertigkeiten mag Tadel und Schelten mit Lacher und freudigem Händeklatschen quittieren (was für Pflegepersonen

besonders frustrierend ist). Primäre Verstärker wie Joghurt oder Schokolade nutzen sich erfahrungsgemäß schnell ab und verlieren an Wirkung, vor allem, wenn häufig verstärkt werden soll; andere Behinderte mögen einfach weder Süßigkeiten noch Joghurt - die Liste der Maßnahmen, die entweder gar nicht oder entgegengesetzt wie beabsichtigt gewirkt haben, läßt sich fast beliebig verlängern.

Verstärkung, Löschung und Strafe wie auch diskriminative Reize sind theoretische Abstraktionen, die bei Behinderten oft noch schwerer in konkrete Maßnahmen umzusetzen sind als bei normal Intelligenten, denn

a- nehmen bestimmte Umweltereignisse für Behinderte oft kaum nachvollziehbare Sonderbedeutungen an, so daß die Relativität der Verstärker besonders stark ausgeprägt ist, und
b- ist es wegen der sprachlichen Handicaps unmöglich, mit den Behinderten diese subjektiven Bedeutungen klarzustellen, also über ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste zu kommunizieren.

Der Erzieher ist auf seine Beobachtungen, Erfahrungen, seine Phantasie und häufig auf Durchprobieren angewiesen, wenn er wirksame Verstärker sucht. Jeder, der mit Schwerbehinderten verhaltenstherapeutisch gearbeitet hat, dürfte diese Erfahrung gemacht haben, daß scheinbar "sichere" Maßnahmen (Süßigkeiten, TO-Raum) wirkungslos bleiben oder das Gegenteil von dem bewirken, was beabsichtigt war. D.h. die erwähnten Regeln nach Kochbuch-Art für Verhaltensformung ("Am besten machen Sie in diesem und jenem Fall das und das") spiegeln eine Eindeutigkeit der Grundbegriffe vor, die nur auf abstrakttheoretischem Niveau, nicht aber in der konkreten Situation gegeben ist.

Wenn dergleichen "sichere Tricks" für Behinderter-Erzieher nicht verfangen (was dann wieder leicht der Verhaltens-

psychologie angelastet wird), kann es einmal also daran liegen, daß die relative Potenz von Verstärkern außer acht gelassen oder falsch eingeschätzt worden ist. Zum anderen mag der Grund, weshalb die Zielperson die gewünschte und erwartete Verhaltensänderung nicht zeigt, auch der sein, daß der Behinderte einfach nicht weiß, was er soll, obwohl der Trainer meint, die Instruktion sei völlig klar. Diese kognitive Komponente wird - wohl aus Traditionsgründen - von der üblichen Verhaltenstherapie-Studie bei Behinderten meist übergangen. Das Ergebnis kann dann sein, daß der averbale Schwerbehinderte nicht weiß, was von ihm verlangt wird und gewissermaßen mit abergläubischem Verhalten sensu Skinner antwortet.

Weiter ist immer die Frage an den Erzieher nötig, ob die Rückmeldung für den Behinderten klar ist, d.h. kommen Lob oder Tadel auch so an, wie der Erzieher meint, daß sie ankommen? Kurz, haben Trainee und Trainer eine Form der Kommunikation miteinander gefunden, die eindeutig genug ist, um ihren Zweck zu erfüllen?

Dieses eine Stichwort "Kommunikation" scheint einen Bereich zu bezeichnen, der in fast allen Arbeiten zur Behinderten-Verhaltensmodifikation zu kurz kommt; das andere Stichwort, für dessen Inhalt ähnliche Bedenken zu gelten scheinen, heißt "Motivation", also die Bedürfnislage des Behinderten. Hat der Behinderte einen subjektiven Gewinn davon, sich instruktionskonform nach den Wünschen des Trainers zu verhalten? Dies wäre ja die notwendige Grundlage für jede stabile Verhaltensänderung.

Das bedeutet nichts anderes als die Notwendigkeit für den Trainer, sich in die subjektive Lage des einzelnen Behinderten hineinzudenken, was umso schwieriger ist, je stärker die Behinderung ausgeprägt ist. Andererseits dürfte die Modifikation des Verhaltens kein grundsätzliches Problem mehr darstellen, wenn der Trainer die subjektiven

Wünsche des Behinderten erkennen und diesem die Bedingungen klar machen kann, unter denen seine Wünsche erfüllt werden sollen. Der Verfasser hat den Eindruck, daß diese beiden Aspekte, Kommunikation und Motivation, in der "behavior technology"-Literatur der Behinderungen nicht oder nicht ausreichend diskutiert werden, sondern daß solche "subjektivistischen" Gedanken ausgeklammert werden, um zu einer einfachen, positivistischen Definition des Verhaltens zu kommen. Es scheint, daß für den klinischen Einzelfall diese Betrachtungsweise viel zu eng ist.

Diese Untersuchung wird dagegen argumentieren, daß solche Verhaltenstechnologien (wie z.B. für das Toilettentraining Behinderter) in der Regel ein viel zu stark abstrahierendes Beschreibungsniveau benutzen, um Trainern am konkreten Einzelfall mehr als eine allgemeine Orientierung geben zu können. Die Verhaltenstheorie muß vielmehr kognitiv erweitert und für jeden einzelnen Behinderten gesondert konzipiert werden (unbeschadet der unverändert gültigen abstrakten Gesetze des Verhaltens). Statt des theoretisch akzentuierten Begriffs "Verhaltenstechnologie" wird deshalb hier dem Begriff "Training" oder "Erziehung" der Vorrang gegeben.

Die Zweifel an der Angemessenheit des Abstraktionsniveaus der Arbeiten zur Behinderten-Verhaltenstechnologie veränderten den Plan und das Ziel dieser Studie. Abstraktion heißt ja Absehen von Einzelheiten, unter Umständen von entscheidend wichtigen Einzelheiten wie etwa der relativen Potenz von Verstärkern beim konkreten Behinderten. Die Verhaltenstheorie muß also bei Anwendung im Abstraktionsniveau wieder heruntergeschraubt werden, das subjektive Detailwissen um Kognition und Motivation der Einzelperson wieder mit hereingenommen oder neu erarbeitet werden, das dem Ziel der allgemeinen Gültigkeit der Theorie geopfert werden mußte.

Die Zweifel am praktischen Nutzen der verhaltenstheoretisch formulierten Ergebnisse der genannten Arbeiten zur Verhaltenstherapie Behinderter können jetzt präziser zusammengefaßt werden: Die Beschreibungsbegriffe sind für praktische Problemstellungen wie etwa Sauberkeitserziehung bestimmter behinderter Personen meist viel zu abstrakt, wenn auch natürlich nicht unzutreffend. Aber eine Theorie hat vor allem nützlich zu sein, und das Argument geht dahin, daß eben dieser praktische Nutzen vor allem für Laien-Mediatoren sehr begrenzt ist. Die subjektive Umwelt des Behinderten muß in die Theoriebildung eingehen, die relative Potenz der Verstärker, die verfügbaren Kommunikationswege, die Brauchbarkeit der Rückmeldung für den Behinderten muß bedacht werden. Das ist weitgehend dasselbe wie die Kenntnis der subjektiven Bedürfnisse des Behinderten - wo das stärkste Bedürfnis vermutet wird, sind auch die potentesten Verstärker zu suchen.

Eine solche "Theorie für den Einzelfall" dürfte hilfreicher sein als ein allgemeiner Abriß der Verhaltenstheorie nach Art eines Grundlagentextes, aber sie stellt auch an die Intuition, das Einfühlungsvermögen und die Flexibilität des Psychologen oder Mediators bzw. Erziehers erhebliche Anforderungen. Die Erziehung Behinderter wäre in diesem Sinne eben keine Frage des "behavioral engeneering" mehr, wenn damit eine simple Quasi-Mechanik der Verhaltenssteuerung unterstellt werden soll. Diese Überlegungen könnten die Fragen der Delegierbarkeit der Erziehung Behinderter ebenso wie die nach Inhalt und Ausmaß der notwendigen Einweisung und Unterrichtung von Laien-Mediatoren in neuem Licht erscheinen lassen: Sind aufwendige theoretische Ausbildungsgänge für Behinderten-Erzieher eigentlich eine große Hilfe, oder brauchten sie eher Anleitung am konkreten Fall? Könnte theoretischer Unterricht auf ein Minimum beschränkt werden, kann man sich eventuell einfach auf den gesunden Menschenverstand und die Kontrolle durch den Psycho-

logen verlassen? Auch für diese Fragen sei auf den Schlußteil dieser Arbeit verwiesen, wo sie im Lichte eigener Erfahrungen weiterdiskutiert werden.

1.2.2. Darlegung der Gründe, die die vorliegende Art der Untersuchung erfolgversprechender erscheinen ließen - Beschreibung der neuen Zielsetzung - Anspruchsniveau: Verzicht auf Kausalanalysen, Bescheidung mit deskriptivem Niveau und mit Plausibilitätsargumenten

Die empirische Untersuchung zur Sauberkeitserziehung Behinderter sollte ursprünglich etwa so aussehen, daß Variablen wie Ausmaß der Behinderung ("Intelligenz"), zwei oder mehrere Trainingsstrategien, verschiedene Arten von Verstärkern, etwa primäre vs. soziale, oder dergleichen mehr untersucht werden sollten.

Die Einwände gegen ein solches Vorgehen sind für den Anstalts-Erfahrenen naheliegend: Die "Intelligenz" Behinderter bzw. das Ausmaß seines Handicaps zu messen, ist ein problematisches Unterfangen bei Schwerbehinderten. Einmal gibt es kein brauchbares Verfahren, da selbst der einzige moderne Spezialtest, die Testbatterie für Geistig Behinderte (TBGB), noch viel zu viele Voraussetzungen für diese Personen macht; zum anderen ist es wahrscheinlich, daß langzeitig hospitalisierte Patienten ohnehin "below capacity" fungieren (vgl. Vail, 1966; Goffman, 1961;), daß also eine gezeigte Verhaltensstichprobe repräsentativ sein mag, aber keinen Rückschluß auf Lernkapazität, sondern nur auf das habituelle Verhaltensrepertoire zuläßt, das wiederum weitgehend ein Anstaltsartefakt ist.

Verschiedene Strategien der Toilettentrainings zu vergleichen, schien auch nicht lohnend, da ja zahlreiche erfolgreiche Methoden beschrieben sind; ob nun der gewünschte Effekt mit Methode A oder B einen Tag oder zwei schneller zu erreichen

sei, oder ob ein Behinderter oder zwei pro Gruppe mehr zur Toilettenbenutzung zu bringen seien, schien nicht so wichtig, daß es den Untersuchungsaufwand rechtfertigen würde. Zudem würde der Effektunterschied nicht einmal ohne weiteres auf die Trainingsmethoden zurückzuführen sein, sondern könnte ebenso gut auf eine Unzahl anderer Faktoren zurückgehen, z. B. weil eine Gruppe eine grün, die andere eine gelb gestrichene Toilette gehabt haben könnte.

Etwa die Wirksamkeit verschiedener Verstärkerklassen zu untersuchen, schien auch nicht vielversprechend. In der Anwendung sind sie sowieso nicht zu trennen - wie soll ein materieller Verstärker gegeben werden, der keine soziale Komponente enthält? Wie wird man mit dem Problem subjektiver Vorlieben für Verstärker fertig? Sind Kopfkraulen und Streicheln gleichwertig mit Lob und auch mit Schololade, inter- wie intraindividuell? Bei solcher Fragestellung werden wahrscheinlich mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet, und selbst bei sorgfältiger Bearbeitung kommt wohl Wissen zustande, das nicht wissenswert ist, weil irrelevant oder nebensächlich für drängende Probleme des Anstaltsalltags.

Im Zuge von Vorüberlegungen und -besprechungen dieser Arbeit wurde aus diesen und den im vorhergehenden Abschnitt aufgeführten Gründen immer deutlicher, daß eine empirische Quasi-Laboruntersuchung zwar "methodisch sauberer", aber gerade dadurch auch viel zu eng und speziell in ihrer Aussagekraft ausfallen würde. Sie würde die Alltagsprobleme kaum noch berühren und damit irrelevant, weil der Alltag der Behinderten, das sozio-ökonomische Umfeld "Institution" als unüberschaubares Konglomerat von Einflüssen als unkontrollierbar ausgeschlossen werden müßte. Daher rührte der Entschluß, dieses alltägliche Umfeld des Behinderten wenigstens in einem Ausschnitt mit zu untersuchen und statt dessen lieber auf den Anspruch des "methodisch sauberen" Experiments zu verzichten, also zunächst eine Feldstudie

vorzunehmen. Das Ergebnis findet sich im Hauptteil I (Abschnitt 2); dort wird versucht, das alltägliche soziale Umfeld des Anstaltsinsassen unter Zuhilfenahme von Statistik zu beschreiben.

Der Hauptteil II befaßt sich dann mit der Trainingsprozedur, wenn auch gegenüber den genannten Arbeiten in anderer Form und mit anderer Fragestellung. Vom methodischen Anspruch her kann es nur als pilot study akzeptiert werden.

In beiden Teilen ist von der Anlage der Datenerhebung her von vornherein nicht mehr enthalten als beschreibende Statistik. Echte Kausalanalysen sind ja nur möglich, wenn keine unkontrollierten Variablen in die Ergebnisse eingehen, und diese rigorose Variablenkontrolle wäre ja nur unter Verzicht auf direkte praktische Relevanz möglich gewesen. Es bleibt daher nur übrig, mit Hilfe von Statistik möglichst überschaubare Beschreibungen zu liefern und sich im übrigen auf Plausibilitätsargumente zu stützen, wenn es um Kausalzusammenhänge geht. Alle Aussagen dieser Art sind daher immer als mehr oder weniger plausible Hypothesen zu verstehen. Die methodischen Überlegungen zum Untersuchungsziel, aus dreieinhalbjähriger Tätigkeit an der beschriebenen Einrichtung entstanden, lassen sich so zusammenfassen: bescheidener wissenschaftlich-methodischer Anspruch, aber konkrete, praktikable Vorschläge.

Nun noch zu einer detaillierteren Begründung der beiden Untersuchungsteile.

1.2.2.1. Die Beobachtung auf den Stationen: Bestandsaufnahme an Fehlverhalten - Womit bringt das Pflegepersonal seine Zeit tatsächlich zu?

Es wurde von der Vermutung ausgegangen, daß
a- die Insassen einer konventionellen Behinderten-Einrichtung unter Bedingungen leben, die das menschliche Kontaktbedürfnis ständig frustrieren, und daß

b- eine Vielzahl unerwünschter Verhaltensweisen unabsichtlich durch das Pflegepersonal verstärkt wird, weil Patienten durch auffälliges Fehlverhalten (Inkontinenz, Selbstbeschädigung, Aggressivität, Destruktivität etc.) Beachtung und Zuwendung erzwingt ("coercion" in der amerikanischen Literatur).

Diese Vermutungen entstammen der alltäglichen Anschauung und einer ersten groben Bestandsaufnahme in einem Teil der beschriebenen Einrichtung, auf 14 Kinderstationen in zwei Gebäuden. Die "Kinder" sind z.T. relativ alt, meist zwischen 8 und 20 Jahren, vereinzelt auch älter; aber das Lebensalter spielt bei Schwerbehinderten ohnehin kaum eine Rolle. Kinder sind in einem gewissen Sinne alle geistig Behinderten. Anhand einer Stichprobe von 147 Patienten der Einrichtung wurden folgende Informationen erhoben:

a- Liegen Verhaltensstörungen folgender Art in nennenswerter Häufigkeit vor: Selbststimulation (motorische Stereotype, Masturbation hoher Frequenz), Selbstbeschädigung, Aggressivität/Destruktivität?

b- Erhält das Kind irgendeine Art von Therapie (Krankengymnastik, Spieltherapie, Logopädie, Sonderschule)? Die Definition für "Therapie" war sehr großzügig; selbst bei nur 30 Minuten pro Woche wurde die Frage mit "Ja" beantwortet.

c- Wie "hochstehend" ist das Kind in Bezug auf Selbstregelung, Sprache und soziale Anpassung? Dies wurde mit einem hausgemachten simplen Fragebogen erhoben, der inzwischen durch einen normierten (die PAC, s. Abschnitt 3.1.1.) ersetzt worden ist.

Diese (unveröffentlichte) Voruntersuchung zeigte Folgendes:

zu a- N=86 (58.5 %) der Kinder zeigen häufig selbststimulatorisches Verhalten, also motorische Stereotype,
N=47 (32 %) der Kinder waren Selbstbeschädiger,
N=30 (20.4 %) der Kinder zeigten aggressive und destruktive Verhaltensweisen.

Diese Störungen traten meist kombiniert auf, so daß viele Kinder keins der genannten Symptome zeigten, andere wieder alle Störungen zugleich. Die Störungen korrelierten wie folgt (Koeffizienten nach Spearman):

Selbstbeschädigung/Selbststimulation $r_s = .72$ ($p = .005$)
Selbstbeschädigung/Aggress./Destrukt. $r_s = .61$ ($p = .005$)
Selbststimulation /Aggress./Destrukt. $r_s = .45$ ($p = .01$)

Es ergab sich ein Konkordanzkoeffizient von $W = .70$ ($p = .025$), was auf eine gemeinsame Wurzel aller dieser Verhaltensstörungen hinweist, die erstaunlich hoch korrelieren. Dies deckt sich mit den Beobachtungen von Lovaas (1967). Es erübrigt sich zu sagen, daß die Häufigkeiten erschreckend hoch sind.

zu b- Irgendeine Therapie erhielten 21.25 % der Kinder.

zu c- Bei Korrelation der Zahl der Therapie-Wochenstunden mit dem geschätzten Maß der sprachlichen und sozialen Fertigkeiten sowie der Selbständigkeit ergaben sich folgende Koeffizienten (nach Spearman):

Sprache / Therapiestunden $r_s = .64$ $p = .01$
Selbständigkeit / Therapiestunden $r_s = .62$ $p = .01$
Gesamtniveau / Therapiestunden $r_s = .71$ $p = .01$

"Hochstehende" Kinder erhielten also mehr Therapie, d.h. nur die "hochstehenden" erhielten überhaupt welche; und je "besser" ein Kind, umso mehr Stunden Therapie bekam es. Man mag darüber nachdenken, was Ursache und was Wirkung ist; hier geht es um den Punkt, daß Therapie Sozialkontakt bedeutet. Die Vermutung für die Erwachsenen war ja auch die, daß der Kontakt umso spärlicher wird, je weniger kommunikative Fähigkeiten ein Behinderter zur Verfügung hat. Bei der Kinderpopulation korrelierten übrigens "Niveau" und Lebensalter ebensowenig wie "Niveau" und Aufenthaltsdauer, was nahelegt, daß sich bei Hospitalisierten nicht mehr viel ändert, wenn sie erst einmal hospitalisiert sind. Sehr hoch interkorrelierten übrigens die Maße für Sprache und Selbstregelung ($r_s = .88$).

Die Vermutung, daß zwischen unerwünschtem Verhalten einerseits und Ausmaß an sozialen und kommunikativen Fertigkeiten andererseits ein negativer Zusammenhang besteht, ist für den Anstalts-Erfahrenen plausibel und wird auch durch die Untersuchungen des Kreises um Lovaas gestützt (Lovaas, 1967; Lovaas, Freitag, Nelson und Whalen, 1967; Lovaas und Simmons, 1969; Lovaas, Litrownik und Mann, 1971; Risley, 1968;). Diese Untersucher fanden einen gemeinsamen Auslöser - Frustration - für Aggressionen aller Art, also gegen die eigene Person, gegen fremde Personen und gegen Sachen, was die oben genannten hohen Interkorrelationen erklärt. Selbstbeschädigung könnte eine Form der Aggressionsverschiebung sein.

Um dieser Frage genauer nachzugehen, wurde eine weitere Voruntersuchung durchgeführt, die ein Symptom herausgriff, nämlich schwere Selbstbeschädigung. Dieses Symptom zeigten 17 Kinder der gleichen Stichprobe, wobei nicht allzu dramatische Formen ausgeschlossen wurden (Scholtz, A., 1974). Die Autorin verwendete ein besseres Inventar zur Abschätzung des Verhaltensrepertoires (nämlich die PAC-Skala, die gleiche die in der folgenden Untersuchung als Monitoring-Instrument verwendet wurde, vgl. Abschnitt 3.1.1.) und signierte normierte, direkt beobachtete Interaktionen zwischen Betreuern und Kindern. Die Ergebnisse sind geeignet, bei anstaltserfahrenen Personen "Aha"-Erlebnisse auszulösen und stützen mehr oder weniger direkt die bereits skizzierten Hypothesen:

- die zuwendungskontrollierende Funktion der Selbstbeschädigung konnte nachgewiesen werden,
- ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Selbstbeschädigung und sozialer Deprivation aufgrund von Defekten und Störungen, die Kommunikation erschweren, konnte ebenfalls nachgewiesen werden,
- es zeigte sich, daß die 17 autoaggressiven Kinder gegenüber symptomfreien bzw. mit anderen Symptomen behafteten

Kontrollkindern in den meisten Sektoren der PAC bzw. des von ihr erfaßten Anteils des Verhaltensrepertoires keine Unterschiede zeigten, also nicht stärker retardiert waren, bis auf zwei Ausnahmen: die autoaggressiven Kinder hatten erhebliche Defizite einmal in den Bereichen "Sozialanpassung" und "passive Kommunikation", zum anderen beim Toilettenverhalten. Beides als Weisen der Zuwendungskontrolle zu interpretieren, erscheint naheliegend,

- die gefundenen systematischen Verhaltensabweichungen der Selbstbeschädiger zeigten sich nur gegenüber Verstärkerpersonen, also dem Pflegepersonal, nicht gegenüber anderen Kindern; hinsichtlich des Spielverhaltens, ungerichteter und selbststimulierender Verhaltensweisen fanden sich hingegen wieder keine Unterschiede.

Interessant war weiter, daß inadaequates Sozialverhalten der autoaggressiven Kinder gegenüber den Betreuern gewissermaßen nach zwei Richtungen hin inadaequat sein konnte, nämlich als extreme Kontaktsuche ("Kleben" an dem Betreuer) oder als kontaktvermeidendes Verhalten ("Quasi-Autismus"). "Unter den weniger stark retardierten Selbstbeschädigern zeigten die meisten kontaktvermeidendes, "autistisches" Verhalten; bei den stark retardierten wurde sowohl "autistisches" wie auch extrem kontaktsuchendes Verhalten beobachtet. Insgesamt ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Selbstdestruktion und den genannten Verhaltensstörungen, die, besonders unter Alltagsbedingungen, eine stärkere soziale Deprivation bzw. einen subjektiven Mangel an Zuwendung implizieren und somit eine relevante Bedingung für die Stabilisierung der Selbstbeschädigung darstellen können" (Scholtz, S.4).

Diese referierten Ergebnisse versprachen, ein wichtiges Teilstück eines umfassenderen Bildes des Alltags in einer Großinstitution zu werden. Was psychologische Fragestellungen angeht, fehlt ein solches Bild für deutsche Verhältnisse noch. Die Beschreibungen und Bestandsaufnahmen, die bisher

für die BRD vorliegen, berühren psychologische Denkkategorien kaum (z.B. Spiegel-Redaktion, "Unterprivilegiert", 1973; Klee, 1974). Eine Reihe etwas allgemeinerer Fragen blieb daher noch offen, z. B.

- gilt das von Scholtz, A. (1974) über Selbstbeschädigung Gesagte sinngemäß auch für anderes unerwünschtes Verhalten?
- was für Folgen haben unerwünschte und erwünschte Verhaltensweisen für die Insassen einer Behinderteneinrichtung?
- wieviel an Sozialkontakt läuft zwischen Patienten und Verstärkerpersonen überhaupt ab?
- wenn solcher Kontakt stattfindet, warum läuft er ab? Auf wessen Initiative hin?
- Ist soziale Deprivation unvermeidliche Folge der Behinderung, weil das soziale und sprachliche Repertoire des Behinderten stark eingeschränkt ist, oder würde er auch dann kaum mehr kommunizieren können, wenn er mehr kommunikative Verhaltensweisen zur Verfügung hätte, einfach weil er kaum Gelegenheit dazu hat?
- kommen die schwerer Behinderten (im Sinne der Kommunikationsfähigkeit) zu noch weniger Kontakten als die leichter Behinderten, oder sogar umgekehrt zu mehr Kontakten, weil sie hilfloser sind?
- Sieht das Bild bei Erwachsenen wesentlich anders aus als bei Kindern?

Um diese Fragen wenigstens grob und im Überblick beantworten zu können, schien eine Beobachtung des Pflegealltags in größerem Maßstab notwendig. Hauptsächlich waren Interaktionen zwischen Pfleglingen und Verstärkerpersonen von Interesse. Die Interaktionen zwischen Pfleglingen würden (nach Scholtz, A.,1974) erstens ein anderes Bild ergeben, da sich ihre Befunde nur auf die Verstärkerpersonen beziehen ließen, und zweitens fallen sie bei schwer Behinderten kaum ins Gewicht, die einfach nicht miteinander kommunizieren können (wohl weil sie ebenso wie Kleinkinder im Sinne Piagets egozentrisch

sind, d.h. sich nicht hinlänglich auf die Bedürfnisse und den Kommunikationsstil des Gegenübers einstellen können), wie ein Blick auf eine solche Station leicht zeigt, wo Behinderte - im Wortsinn - "nebeneinander her" leben, ohne sich füreinander zu interessieren. Nur die Personen scheinen von Belang zu sein, die die Verstärker, materielle wie soziale, verwalten; ein Schwerbehinderter scheint einen anderen nicht verstärken zu können, auch sozial nicht, was das auffällige Desinteresse aneinander (es sei denn, ein Behinderter muß seinen Teller verteidigen oder sich wehren) erklären würde.

Gleichzeitig wurde eine größere Repräsentativität oder Allgemeinheit solcher Beobachtungen angestrebt. Eine plausible Generalisierbarkeit auf Anstalten generell schien wichtiger, als detaillierte kleine Ausschnitte abzubilden, auch um den Preis befriedigender Genauigkeit. Deshalb mußten von vornherein große Züge, eine Skizze der Grundzusammenhänge genügen, um einmal einen Anfang zu machen. Notwendig aber schien dieses recht aufwendige Unterfangen aber doch, weil sich der soziale Alltagskontext eines Anstaltsinsassen bei den Vorüberlegungen als "große Unbekannte" herausgeschält hatte. Ist die soziale Deprivation drastisch, so müßten soziale Verstärker am wirksamsten sein, und verhaltenstherapeutisch arbeitende Trainer wären gur beraten, sich vor allem diese zunutze zu machen. Andererseits waren die Zweifel an einer Verhaltenstherapie in Behinderteneinrichtungen, die das soziale Umfeld des Insassen nicht einbezieht, oben bereits begründet worden. Im Augenblick also, wo die Idee einer Quasi-Laboruntersuchung aufgegeben wurde, drängte sich die Notwendigkeit auf, das soziale Umfeld des Behinderten zu beschreiben. Durchführung und Ergebnisse sind im Hauptteil I dieser Arbeit dargestellt. Es sollte diese Zweiteilung hier nur vorab begründet werden. Die gleiche Begründung versucht der folgende Abschnitt für den Hauptteil II zu geben.

1.2.2.2. Das "Training": Ein Planspiel mit Hilfe von Mediatoren und gezielte Beobachtung kurzfristig erreichbarer Effekte unter als günstig erachteten Bedingungen

Abweichend vom ursprünglichen Plan, verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei schwer Behinderten zu erproben, um adaequates Toilettenverhalten zu erreichen, stellte sich nach diesen Vorüberlegungen die Fragestellung doch vielschichtiger dar. Nicht mehr die technischen Details der Prozedur schienen so interessant, nicht die verhaltenstherapeutischen Kniffe oder deren Reproduktion nach der umfangreichen Literatur schien erstrebenswert. Andererseits sollten folgende vermutlich wichtigen Punkte im Auge behalten werden:

- soziale Verstärker sollten besonders beachtet und bevorzugt benutzt werden,
- das soziale Umfeld des Behinderten sollte sich möglichst deutlich von dem abheben, was er gewohnt ist,
- es sollte nicht allein Toilettenverhalten beobachtet und trainiert werden. Die aufgeführte Literatur beschränkt sich ausdrücklich darauf und schließt anderes als das Zielverhalten ausdrücklich aus der Diskussion aus, nach positivistischer Tradition. Hier wurde jedoch vermutet, daß bei eingreifender Veränderung der sozialen Situation eventuell mehr als nur Toilettenverhalten geändert werden könnte, etwa andere Weisen der Selbstregelung, kommunikative Fertigkeiten, Spielverhalten, Frequenzänderungen bei erwünschtem und unerwünschtem Verhalten u.a.m. Vorher-Nachher-Einschätzungen des Verhaltensrepertoires mußten daher ein recht breit angelegtes Beschreibungsinstrument verwenden, um eventuelle Repertoire-Erweiterungen nicht unter den Tisch fallen zu lassen, die nicht unbedingt erwartet wurden.
- es mußte mit Laien gearbeitet werden, mit Trägern oder Vermittlern psychologischer Methoden, im folgenden nach angelsächsischem Gebrauch "Mediatoren" genannt. Unter

"Laien" werden Personen verstanden, die weder Psychologen sind noch eine Ausbildung besitzen, die nennenswerte Teile an systematischem lernpsychologischem Wissen umfaßt (Zu den Laien könnten in diesem Sinne deshalb sicher auch examinierte Krankenpfleger gezählt werden. Deren Curricula enthalten auch heute kein oder nur wenig psychologisches Wissen; bestenfalls macht dieses Fach einige Tage im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung aus. Selbst wenn dieses Wissen modern und relevant ist, also nicht psychoanalytische Theorie oder Kretschmers Typologie anbietet, wird es notgedrungen abstrakt-theoretisch sein). Als Laien-Mediatoren würden nach einer solchen Definition jedoch auch solche Personen bezeichnet, die durchaus Erfahrung im Umgang mit Behinderten besitzen. Dieser Punkt muß festgehalten werden, weil die Verwendung anderer Personen als psychologischer Laien im Pflegedienst auf Jahre hinaus illusorisch ist. Selbst knappe Zusatzkurse für Personal im Einsatz bereiten erfahrungsgemäß die größten organisatorischen Probleme, denn schon knappe Kurse strapazieren die sehr dünne Personaldecke, da sie in der Dienstzeit absolviert werden müssen. Bereits eine Grippewelle oder die sommerliche Häufung von Urlaubsgesuchen läßt mehrmals im Jahr die ohnehin mangelhafte Versorgung an den Rand des Zusammenbruchs geraten; ein Kursus in der Dienstzeit hat unausweichlich ähnliche Folgen. Bei dieser Zeitknappheit ist der erreichbare Konkretheitsgrad für einen Psychologiekurs nicht sehr groß; es können relevante Inhalte (wie die Grundzüge der Verhaltensmodifikation) zwar praxisnah und an alltäglichen Beispielen dargestellt oder auch bessere Kommunikation am Arbeitsplatz kurz geübt werden, aber praktische Anwendung unter Supervision am Einzelfall und über nennenswerte Zeiträume hinweg scheidet völlig aus. Diese Unterrichtsform wäre aber gerade wahrscheinlich die einzig hinreichend effiziente. Eine Anzahl entsprechender Arbeiten (s. Bensberg, 1966) zeigt, daß bloß theoretische Unterweisung von Mediatoren

nur sehr begrenzte Wirkung, wenn überhaupt, im beobachtbaren Pflegerverhalten zeigt; die geringe Effizienz frontaler theoretischer Belehrung im Klassenzimmer ist inzwischen ein psychologischer Gemeinplatz geworden. Direktes Training in exemplarischen Real-Life-Situationen unter ständiger Supervision mit dichtem feedback (vgl. "microteaching" und verwandte Konzepte) ergäben viel eher erwünschtes Mediatorenverhalten. Auf einen kürzeren Nenner gebracht: Pfleger verhalten sich nicht psychologiekonform, weil ein Psychologe ihnen erzählt, daß es eben so richtig und im übrigen eine feine Sache sei, sondern weil sie - günstigenfalls - die Erfahrung machen, daß sie mit Psychologie im Alltag besser arbeiten können als ohne.

- Es mußte also nicht nur mit Laien gearbeitet werden, sondern auch noch mit einer möglichst kurzen Anleitungszeit; andererseits mußte versucht werden, so dicht wie möglich an häufigen Alltagsproblemen zu bleiben und diese exemplarisch mit Hilfe der Verhaltensmodifikation anzugehen,
- Schließlich mußte einkalkuliert werden, was die räumlichen und personellen bzw. finanziellen Verhältnisse überhaupt noch zulassen. Es lag ja auf der Hand, daß auch gut trainierte Mediatoren auf den bestehenden Stationen nicht würden konsequent arbeiten können (erwünschtes Verhalten bleibt zu leicht unbemerkt, wenn 40 Behinderte durcheinanderlaufen oder über ein halbes Dutzend getrennter Räume verteilt sind, unerwünschtes Verhalten wird zu leicht von "Hilfsjungen", d.h. anderen Behinderten, und nicht eingewiesenem Personal fehlverstärkt, also statt gelöscht auch noch intermittierend verstärkt), weil Kontrolle und Übersicht nicht aufrecht zu erhalten sind. Deshalb kam das üblicherweise berichtete Vorgehen, etwa wie bei Azrin und Foxx (1971), nämlich das Pflegepersonal einer Station anzuleiten und zu supervidieren und allen Patienten anschließend einem Training zu unterziehen, nicht in Frage.

Azrin und Foxx fanden 9 Behinderte vor und nicht an die 40. Außerdem standen auch keine TO-Räume zur Verfügung, zu wenige Toiletten, keine Spiel- und Beschäftigungsräume; keine Station beherbergte nur unsaubere Patienten, sondern die Vpn waren über 6 Stationen verteilt, und die anderen Insassen hätten vermutlich die Mediatoren dauernd umlagert und gestört - die simpelsten Grundvoraussetzungen für sinnvolle Arbeit sind normalerweise erkennbar nicht gegeben, und ein Trainingsversuch unter diesen Umständen kam deshalb nicht in Frage.

Statt dessen bot sich die Lösung an, statt einer Quasi-Laboruntersuchung oder dem wenig hoffnungsvollen Versuch, eine bestehende Station zu reformieren, ohne sie völlig umzustrukturieren und umzubauen, eine Art Planspiel durchzuführen. Dazu sollten äußere und personelle Bedingungen gefunden werden, die eine brauchbare Balance zwischen dem als günstig Erachteten und dem realistischerweise noch Erreichbaren in dieser Einrichtung darstellten. Mit anderen Worten, die optimale Nutzung der vorhandenen oder nur im Rahmen des kurzfristig Möglichen erweiterten Ressourcen der Einrichtung sollte gefunden werden. Die weitere Frage war nun die, was für nachweisbare Auswirkungen solche Umstrukturierungen im Rahmen des Mögichen auf das beobachtbare Verhalten von Behinderten haben würden. Das Hauptstück dieser Untersuchung sollte also eine Art Sandkastenspiel oder Manöver darstellen, wobei für begrenzte Zeit im kleinen Rahmen mehrmals erprobt werden sollte, was sich als Organisationsform theoretisch besser bewähren müßte als das Vorhandene. Damit ist das Ziel der Untersuchung skizziert. Es soll im folgenden Abschnitt noch etwas genauer definiert werden, damit der Leser am Ende selbst beurteilen kann, wie weit der Anspruch eingebracht worden ist.

1.3. Ziel der Untersuchung: Gewinnung von praktikablen Planungsüberlegungen - Hinweise auf mögliche Sofortmaßnahmen auch unter Bedingungen anhaltender Personal- und Finanzknappheit

Planungsüberlegungen scheinen an Behinderteneinrichtungen fast ununterbrochen diskutiert zu werden. Dergleichen Gespräche neigen nach den Erfahrungen des Verfassers dazu, in der Wiederholung längst bekannter Standpunkte der betroffenen Gruppen von Mitarbeitern (Ärzte, Verwaltungsangestellte, Psychologen, Pflegepersonal etc.) zu bestehen und in Rechtfertigungen, ethisch-abstrakten Verpflichtungsbeteuerungen und dem Ergebnis zu enden, das Wünschenswerte sei zwar klar definiert, müsse aber auf unbestimmte Zeit verschoben werden, weil es eben jetzt aus diesen oder jenen Gründen nicht ginge. Das Wünschenswerte mag einigermaßen klar umrissen sein - neue Gebäude zu haben, den Ausbildungsstand des Personals zu verbessern und seine Zahl zu vergrößern - , konkrete Inhalte und Vorschläge für die Verwirklichung liegen in der BRD nicht vor - wie sollen die neuen Gebäude am günstigsten gebaut werden, was soll das auszubildende Personal eigentlich lernen und wie, auf welche Weise soll neues Personal angeworben und wie finanziert werden? Die als Planungsziele angegebenen Wünsche sind durchweg einmal Fernziele, zum anderen verschwommen und schließlich vielleicht auch gar nicht so selbstverständlich, wie es scheint; solche vagen Wunschprojektionen in eine unbestimmte Zukunft führen schwerlich zu kurzfristig praktikablen Verbesserungen für die Patienten, sondern scheinen eher einem psychohygienischen Zweck der Verantwortlichen zu dienen.

Die Frage stellt sich daher wie folgt: Da man voraussetzen darf, daß die chronische Personal- und Finanzknappheit in der Behindertenversorgung der letzten hundert Jahre auch noch einige weitere Jahre anhalten dürfte, hat es wenig Sinn, diesen Umstand unablässig zu beklagen. Durch diese Klagen

über das Unabänderliche geht zu leicht das doch noch Mögliche aus dem Blickfeld verloren. Eine solche Möglichkeit wäre eine Umgruppierung der vorhandenen Ressourcen. Die Tatsache der Knappheit bleibt bestehen; vielleicht wäre es jedoch möglich, größeren Nutzen aus dem Vorhandener zu ziehen. Also: Wie kann die Versorgung Behinderter besser gestaltet werden, ohne Forderungen zu erheben, die kurzfristig - leider - nicht erfüllbar sind?

In konkretere Einzelfragen zerlegt, stellen sich etwa folgende Fragen:

- Wie groß dürfen Gruppen schwer Behinderter sein, damit nicht nur ein vertretbares Maß an Zuwendung, Kontakt und Beschäftigung gewährleistet ist, sondern damit auch neues Verhalten gelehrt, also echte Förderung stattfinden kann?
- Wie viele Betreuer sind mindestens für eine solche Gruppe notwendig?
- Wie viele Räume mit welcher Ausstattung und welcher Fläche sind einzukalkulieren? Was ist die räumliche Minimalausstattung (und nicht die Idealausstattung), die sinnvolle Arbeit noch gewährleistet?
- Kann diese schwierige Aufgabe der Förderung und Therapie Schwerstbehinderter überhaupt von Laienmediatoren verlangt werden, oder geht es eben ohne intensive Ausbildung doch nicht?
- Falls Mediatorenarbeit möglich ist, wie hoch wäre wohl die Minimaltrainings- und Supervisionszeit zu veranschlagen?
- Läßt sich im Falle des Erfolgs der Mediatoren bereits kurzfristig an manifesten Verhaltensänderungen der Patienten bessere Förderung ablesen (da das subjektive Wohlbefinden averbaler Patienten eher aus der Mimik erspürt als schlüssig nachgewiesen werden kann)?
- Wieviel Arbeitsaufwand ist für therapiefremde Tätigkeiten wie Hauswirtschaftliches und Verwaltung zu veranschlagen?
- Schließlich: Wie viele Toiletten, wie viele Badewannen, wie viel Nutzraum soll eine solche Wohneinheit günstiger-

weise enthalten? Welche Aufteilung der Fläche scheint günstig, mehrere kleine oder wenige große Räume? Wie lassen sich alte Gebäude adaptieren (die Mehrzahl der entsprechenden Einrichtungen müssen sich mit Altbauten behelfen, wie die gerade vorgelegte Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung gezeigt hat)? Sind Neubauten andererseits unbedingt nötig? Benötigen Schwerbehinderte grundsätzlich andere Planung als leichter Behinderte oder nicht primär intellektuell behinderte Kranke?

Dies sind durchaus nicht alle diskussionsbedürftigen Fragen, sie sollen lediglich den Konkretheitsgrad andeuten, der nötig ist. Solche konkreten Fragen und Antworten sind Aufforderungen zur Stellungnahme, zum Handeln; abstrakte, vage Diskussionen dagegen über Aufgabe und Zukunft der Behinderteneinrichtungen dürften eher zur Untätigkeit, zur Resignation, zum Selbstmitleid und zum Verlagern von Verantwortung verleiten.

Daß die konventionelle Großeinrichtung mit hunderten oder gar tausenden von Betten hoffnungslos überholt und außerdem unökonomisch ist, kann angesichts neuerer Erfahrungen mit skandinavischen und angelsächsischen Alternativkonzepten nicht mehr diskutiert werden (s. Abschnitt 4.1.2.), aber sie ist nun mal vorhanden und wird es einige Zeit noch bleiben. Sie kurzerhand aufzulösen, ist sicher wünschenswert, aber Zukunftsmusik, zumal selbst moderne westdeutsche Einrichtungen unverdrossen am Konzept des zentralen Landeskrankenhauses ausgerichtet werden.

Es wird also in der vorliegenden Untersuchung letztlich um praktische Überlegungen im Sinne von Know-how für die Reform von Großinstitutionen für Behinderte gehen. Die Frage, ob diese Einrichtungen überhaupt zu retten sind (erhaltenswert sind sie wohl kaum), sollte besser nicht gestellt werden - mit Resignation ist niemandem gedient, am wenigsten den Insassen, die nicht warten können, bis irgendwann einmal bes-

sere Einrichtungen gebaut werden können. Die Frage lautet vielmehr, wie die bestehenden Einrichtungen noch so umstrukturiert werden können, daß sie nicht mehr selbst noch die tendenziöseste Kritik, die pathetischsten Anklagen und Schwarzmalereien (Klee, 1974; Spiegel-Redaktion, 1973) durch ihre Wirklichkeit rechtfertigen.

Die Langzeitplanung darf sicher nicht über dem Kurzzeit-Pragmatismus, der hier vertreten wird, vergessen werden; doch das kurzlebige Flickwerk kann dem Behinderten sein Los vielleicht erleichtern, der nicht Zeit hat, auf die verheißenen Auswirkungen langfristiger Ziele zu warten. Langzeitplanung wird vor allem Schwerpunkte wie Früherkennung, Prävention von Folgeschäden, kompensatorisches Frühtraining bei Hirnschäden u.ä. in den Mittelpunkt stellen müssen, was in dieser Arbeit nicht von Belang ist. Hier geht es darum, wie der erwachsene Hirngeschädigte, zu dessen einmal gesetztem Schaden in aller Regel nicht nur keine Therapie, sondern auch noch ein Deprivationssyndrom (Hospitalisierungssyndrom genannt, siehe Goffmann, 1961, Vail, 1966) tritt, doch noch "gebessert" werden kann (das Austeilen von Neuroleptika oder Sedativa allein als Therapie auszugeben, zeugt nach Ansicht des Verfassers entweder von Zynismus oder von einer Verkennung der Natur einer intellektuellen Behinderung).

Nun zum Hauptteil der Arbeit und den konkreten Untersuchungen selbst. Inwieweit die aufgeworfenen Fragen beantwortet werden können und sich Antworten wenigstens umrißhaft andeuten, wird im Schlußteil dieser Arbeit diskutiert werden.

2. HAUPTTEIL I

2.1. Die Beobachtung sozialer Interaktionen zwischen Patienten und Betreuern auf den Stationen

Im Abschnitt 1.2.2.1. wurde die Durchführung dieses Teils der Untersuchung begründet und nachgezeichnet, wie der Gedanke dazu aus impressionistischen Informationen über den Stationsalltag und aus Ergebnissen von Voruntersuchungen entstand; diese Überlegungen führten zu einer Reihe von Vermutungen über die Art und Weise, wie die sozialen Bedürfnisse geistig schwer Behinderter befriedigt werden bzw. auch nicht. Die entsprechenden Hypothesen sind in Abschnitt 2.1.3. genauer ausformuliert. Neben einer direkt relevanten umfangreichen Studie (Bensberg, 1965) stand noch eine weitere Vorarbeit aus der hier beschriebenen Einrichtung zur Verfügung (Frassa, G., 1973, persönliche Mitteilung); beide Untersuchungen nahmen Tätigkeitsanalysen der Betreuer in Behinderteneinrichtungen vor, indem sie die Abläufe direkt beobachteten. In beiden Arbeiten wurde deutlich, daß Betreuer in konventionellen Institutionen, in USA offenbar ebenso wie in der BRD, einen großen Teil ihrer Arbeitszeit mit Verrichtungen zubringen müssen, die keinen direkten Kontakt mit den Patienten umfassen. Im wesentlichen scheinen das einmal hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu sein wie das Zählen von Wäsche, Saubermachen, das Austeilen von Mahlzeiten und Medikamenten, Geschirr abwaschen usf., zum anderen verwaltungstechnische Aufgaben wie Berichte schreiben, Gelder und Material abrechnen, Dienstbesprechungen etc. Möglicherweise bleibt nur ein relativ kleiner Teil der Arbeitszeit zur Kontaktaufnahme mit Patienten, so daß für den einzelnen Insassen wenig Zeit übrig bliebe. Die Untersuchungen von Bensberg (1965) und Frassa, G. (1973) konzentrierten sich auf die job-relevanten, aber kontaktirrelevanten Tätigkeiten des Personals, schlüsselten sie nach Anteilen auf und erfaßten dafür die Kontakte zwischen Betreuern und Insassen

nur ganz summarisch. Hier schien es nötig, den Schwerpunkt zu verschieben und zu fragen, wann, wieviel und weshalb Kontakte zwischen Pflegern und Pfleglingen zustande kommen, dafür aber die kontaktfreien Anteile der job-relevanten Verrichtungen nur summarisch mit zu erfassen. Für die vorliegende Fragestellung schien dies wichtiger, da die Kontaktpartner der Behinderten fast ausschließlich die Betreuer sein dürften, die gewissermaßen ein Monopol für die sozialen Verstärker innehaben. Die folgende Voruntersuchung der Patientenpopulation mit Hilfe der PAC-Skala (Abschnitt 3.1.2. und 3.1.3.) zeigt, daß mit einem Entwicklungsniveau gerechnet werden muß, auf dem die Patienten untereinander praktisch nicht mehr kommunizieren können, weil ihnen jeweils nur ganz wenige, rigide und egozentrische Kommunikationsmuster zur Verfügung stehen, auf die der Partner sich einstellen können muß, damit Kommunikation zustande kommen kann. Dies kann wohl nur der Normalbegabte leisten, dessen Verhaltensrepertoire eine Vielzahl von Kommunikationsmöglichkeiten umfaßt und ein flexibles Auswählen je nach den Bedürfnissen des Partners erlaubt. Die Untersuchung von Scholtz, A. (1974) deutete in die gleiche Richtung (nur Verstärkerpersonen waren Adressaten auffälligen Kontaktverhaltens, nicht andere Behinderte). Die wenigen realtiv hoch entwickelten Patienten, die sich vereinzelt auf allen Stationen finden, dürften wiederum kaum Mitpatienten haben, die ihrem Kommunikationsniveau gerecht werden können; wenn sie recht anspruchsvoll verbal kommunizieren können, bleibt ihnen kaum eine andere Möglichkeit, als den Anschluß an die Betreuer zu suchen. Vergleicht man andererseits die geistig schwer Behinderten mit gesunden Kleinkindern (was ihrer Bedürfnislage nach wohl zulässig ist und vieles plausibler macht), so wird die Diskrepanz noch deutlicher, die hinsichtlich des Maßes an Zuwendung in beiden Fällen bestehen dürfte: Das Kleinkind wird in der Regel fast jede Minute seines Wachseins mehr oder weniger direkte Zuwendung er-

fahren. Jede Mutter weiß zudem, daß über einen Zeitraum von Jahren hinweg das Kind sich energisch selbst gegen kurze Unterbrechungen des Kontakts wehrt, und daß es nur langsam und mühsam lernt, sich mit dem Fernsein der Mutter abzufinden und allein zu bleiben, selbst wenn es sich nur um kurze Zeiträume handelt. Unter Umständen lernen Kinder massive Fehlverhaltensweisen (Toben und Geschrei, Essensverweigerung, Unselbständigkeit und Hilflosigkeit, Schüchternheit und allerlei Angstsymptome, hysterische Krankheitssymptome), um Zuwendungsminderung zu vermeiden (vgl. etwa Florin und Tunner, 1972; Kuhlen, 1973). Das "Hängen an der mütterlichen Schürze" und das "Ständig hinter Erwachsenen Herlaufen" sind allfällige Illustrationen zu diesem Punkt. Der Kontaktbedarf scheint also auf diesem Entwicklungsniveau sehr hoch zu sein, wohl weil das Kind bzw. der Behinderte wenig Beschäftigungsalternativen zum Kontakt mit Erwachsenen bzw. Normalbegabten besitzt und ihn braucht, um der Monotonie zu entgehen. Dieses Grundbedürfnis dürfte bei entwicklungsmäßig vergleichbaren Schwerbehinderten aber ständig und chronisch frustriert werden, so daß sie aus Mangel an Möglichkeiten zu selbständiger Beschäftigung ständig einem Zustand ausgesetzt sind, der sensorischer Deprivation sehr ähnlich sein dürfte. Eine Frage, die durch direkte Beobachtung beantwortet werden sollte, war die, wieviel Kontakte denn der "statistische Durchschnittsinsasse" denn tatsächlich erhält.

Überdenkt man den Zusammenhang zwischen Entwicklungsniveau bzw. sozialen und kommunikativen Fertigkeiten und Kontaktbedürfnis weiter, so tauchen neue Fragen an die Beobachtung auf: Wenn wie bei gesunden Kleinkindern das Kontaktbedürfnis umso größer ist, je niedriger das Entwicklungsniveau bzw. je enger noch das Verhaltensrepertoire, dann könnte ein Pflegling umso weniger Zuwendung erfahren, je weniger konventionelle Kommunikationsmuster er zur Verfügung hat.

Kommunikationsformen zu finden und auf solche einzugehen, die außerhalb der konventionellen Semantik und Sprache liegen, erfordert sicher erhebliche Anstrengungen und viel Einfühlungsvermögen auf Seiten des Pflegepersonals. Fast jeder hat bereits einmal das Gefühl der hilflosen Betroffenheit und den Impuls zur Kontaktvermeidung selbst verspürt, wenn ein averbaler Behinderter versuchte, mit ihm Kontakt aufzunehmen, etwa durch Laute, Deuten, Anfassen etc. Die Lücke zwischen dem Kontaktbedürfnis und seiner Befriedigung könnte deshalb umso größer sein, je schwerer die Behinderung bzw. je enger das Repertoire kommunikativer Fähigkeiten.

Konventionelle, d.h. hauptsächlich verbale Kontakte sind die offensichtlichsten sozialen Interaktionen, aber sie setzen ein recht hohes Entwicklungs- oder Lernniveau voraus (z.B. Beachten und Verstehen von Mimik und Gestik, Fähigkeit der Imitation, Konzentration, Fundamentalgrammatik und Semantik u.a.m.), und diese Art von Kontakten ist sicher nicht die einzige Form sozialer Interaktion. Die pflegerischen Tätigkeiten enthalten allesamt unweigerlich eine erhebliche Kontaktkomponente, meist durch den Körperkontakt, der beim Waschen, Füttern, An- und Ausziehen etc. Schwerbehinderter unvermeidlich ist - und Körperkontakt könnte gerade die fundamentalste, verständlichste, bedeutsamste Kontaktform sein, die keine Voraussetzungen an ein Entwicklungsniveau macht. Daneben dürften noch verbale Signale solche Verrichtungen begleiten, die ja wahrscheinlich vom Pflegepersonal nicht in tiefem Schweigen abgewickelt werden.

Wenn eine solche Wechselwirkung zwischen Ausmaß der geistigen Behinderung und Kontaktbedürfnis und -stil besteht, so könnte die mit pflegerischen Tätigkeiten gekoppelte Zuwendung die Hilflosigkeit im Selbstregelungsbereich verstärken, und zwar gerade bei den "schwachen" Patienten, die Kontaktwünsche kaum gezielt äußern oder Kontakte von sich aus eröffnen können. Es bestünde also für diese Patienten gewissermaßen kein Interesse daran, selbständiger zu werden,

da dies Kontaktminderung zur Folge haben könnte. Daß ähnliche Zusammenhänge für andere Formen unerwünschten Verhaltens gelten dürften, wird für den Anstaltsbereich neben den angeführten Voruntersuchungen auch durch die Arbeiten von Lovaas und Mitarbeitern nahegelegt (Lovaas, 1967; Lovaas, Freitag, Nelson und Whalen, 1967; Lovaas und Simmons, 1969; Lovaas, Litrownik und Mann, 1971;). Destruktion, Selbst- und Fremdaggression, stereotype Selbststimulation, Trotzen und Toben etc. könnten demnach als eine Art pervertiertes soziales Appellverhalten verstanden werden, das in der Anstaltspraxis mindestens intermittierend verstärkt wird. Daß dergleichen in der beschriebenen Einrichtung nicht gerade selten ist, hatte die Voruntersuchung schon gezeigt.

Eine direkte Beobachtung eines Realitätsausschnitts in der Einrichtung kann solche Vermutungen natürlich nicht im strengen Sinne bestätigen oder widerlegen, sondern nur plausibler machen: eine Beobachtungsprozedur ist ja auf eine Beschreibung hin angelegt und nicht auf den Nachweis kausaler Verknüpfungen, der nur in methodisch einwandfreien (Labor)versuchen möglich ist. Zur Diskussion der Kausalitäten wird man sich notgedrungen auf das - unbefriedigende - Niveau der Plausibilitätsargumente und der "wahrscheinlichen Erklärungen" begeben müssen. Eine möglichst theoriefreie Beschreibung ohne "Weil"-Aussagen aber wäre im Hinblick auf das formulierte Ziel der Untersuchung nicht recht sinnvoll, weil damit auch auf praktische Folgerungen verzichtet würde. Auf diesem simplen Beschreibungsniveau jedoch kann das entstehende Bild, wenn auch unscharf, immerhin als einigermaßen zuverlässig gelten, da eine recht lange Zeitspanne und ziemlich breit, d.h. auf einer Anzahl verschiedener Stationen und bei relativ vielen Pflegepersonen, beobachtet wurde, also nicht nur punktuell in der Hoffnung, nach Ort, Zeit und Personen einen repräsentativen Ausschnitt aus der Alltagswirklichkeit erwischt zu haben.

Da die Beobachtung nur Häufigkeitsdaten erbringen konnte, ist die statistische Bearbeitung nicht gerade raffiniert und beschränkt sich auf Unterschiedsprüfungen und Korrelationen verschiedener Abstraktionsniveaus, Graphiken und Tageszeit-Verläufe; auf Sequenzanalysen wurde verzichtet, wegen der Menge der Daten und auch, weil der Gewinn grundlegend neuer Information durch solche Verfahren nicht zu erwarten war. Der bescheidene Anspruch einer nicht allzu verzerrten, durch statistische Mittel übersichtlicher gemachten Beschreibung der Alltagswirklichkeit konnte wohl einigermaßen erfüllt werden. Die Ergebnisse scheinen plausibel und hinweisträchtig für weitere Überlegungen, wenn auch nicht immer hypothesengerecht (was aber eher für eine Untersuchung zu sprechen scheint, wenn Ergebnisse den Erwartungen zuwiderlaufen).

2.1.1. Die Art und Weise der Durchführung

Es wurden insgesamt 6 Stationen zur Beobachtung herangezogen, nämlich diejenigen, die unsaubere männliche erwachsene Schwerbehinderte beherbergten. Dies waren die späteren Vpn, im folgenden Trainees (T) genannt; Patienten mit adaequatem Toilettenverhalten werden Non-Trainees (NT) genannt. Von den Trainees wurden zwei vom Training ausgeschlossen; der eine war blind, der andere zu stark körperbehindert, um auch nur einen Schritt ohne Unterstützung zu gehen; in beiden Fällen wäre eine andere als die vorgesehene Trainingsprozedur nötig gewesen. Taube und sonstwie weniger stark körperbehinderte Patienten wurden dagegen ins Programm aufgenommen.

Die Bettenzahl variiert recht stark zwischen den Stationen, ebenso der Anteil der Trainees an den Insassen. Die folgende Tabelle 2 faßt diese Informationen zusammen:

Station	Anzahl der T	Anzahl der NT	Anzahl gesamt	% T	% NT	Beobachtete Zeit
17	6	7	13	46.15	53.85	44.5 h
41/43	14	22	36	38.89	61.11	92 h
33/35	16	29	45	35.56	64.44	69 h
29/31	5	18	23	21.74	78.26	77.5 h
55/57	7	35	42	16.67	83.33	107 h
45/47	3	33	36	8.33	91.77	55 h
Gesamt	51	144	195	26.15	73.85	445 h

Jede der 6 Stationen wurde jeweils drei Tage lang beobachtet. Insgesamt umfaßte daher die Beobachtung 3 x 6 = 18 Tage. Auf jeder Station wurde der gesamte Tagesablauf (abgesehen von der Nachtruhe) beobachtet, d.h. die Zeit zwischen Aufstehen (ca. 6.30 und 7.00 Uhr) und Zubettgehen (ca. 20.00 bis 21.00 Uhr). Der beobachtete Tag hatte daher ca. 14 Stunden; die Beobachtungsbasis war also eine Zeitspanne von 3 x 14 = 42 Stunden pro faktisch besetzter Pflegestelle. Damit ist die Beobachtungszeit pro Station natürlich direkt abhängig von der tatsächlichen Besetzungsstärke; die tabellierte Beobachtungszeit läßt daher den Rückschluß auf die sehr verschiedene Besetzungsstärke der Stationen zu und zeigt, daß diese nicht unbedingt mit der Bettenzahl zu tun hat. Die tatsächlich beobachtete Zeitspanne pro Station bildet die letzte Spalte der Tabelle; sie soll den Umfang der Beobachtungsbasis zeigen. An Wochenenden wurde nicht beobachtet, da die personelle Besetzung dann noch knapper zu sein pflegt. Zur Untersuchung stand jedoch der "Normaltag" an, also ein beliebiger Wochentag außerhalb der Urlaubszeit (wo die Personaldecke noch kürzer wird). Die Beobachtungen fanden in den Monaten Februar und März 1974 statt; der Stand der Krankmeldungen war nicht höher als normal. Es wurden grundsätzlich alle Pfleger und Pflegehelfer auf jeder Station beobachtet, solange sie im Dienst und auf der Station anwesend waren. Verrichtungen außerhalb der Station wie etwa Gänge zur Apotheke, zur Verwaltung etc. gingen nicht in die Beobachtung ein. Nicht beobachtet wurden Personen, zu deren Aufgaben der Kontakt mit Pfleglingen nicht ausdrücklich gehört, etwa Reinmachefrauen, angelernte Patienten, die zu Routineverrichtungen herangezogen werden, sog. "Hilfsjungen".

Die Beobachtung gelang auf keiner Station völlig lückenlos, weil Beobachter sich manchmal verspäteten oder wegen Krankheit ausfielen. Die Ausfälle sind jedoch nicht umfangreich und verteilen sich gleichmäßig über Tageszeiten und Stationen,

so daß eine nennenswerte Verzerrung der Ergebnisse kaum zu befürchten ist.

Die Beobachter waren 15 Studenten der Psychologie (klinischer Zweig) an der Universität Hamburg; dazu kamen 4 Zivildienstleistende mit Abitur, insgesamt also 19 Personen. Das im nächsten Abschnitt dargestellte Signierungssystem für die Beobachtung wurde zunächst von allen Beobachtern zusammen mit dem Untersucher in seine endgültige Form gebracht, nachdem in mehrtägigen Probeläufen die Beobachter damit Erfahrungen gesammelt hatten. Nachdem so ein anscheinend handhabbarer Signierungskatalog entstanden war, der nach Ansicht der Benutzer keine größeren Lücken und Unschärfen mehr aufwies, wurde dessen Anwendung so lange an Videobändern trainiert, bis eine Beobachter-Übereinstimmung im Gebrauch der Signaturen r = 0.88 bis r = 0.93 erreicht war. Da zeitliche Verschiebungen von sonst übereinstimmenden Signaturen um 10 Sekunden als Nicht-Übereinstimmung gewertet wurden, kann die Übereinstimmung als sehr gut angesehen werden. Die Kriterien für die Benutzung der Signaturen waren ja durch die Beobachter selbst mit ausgearbeitet und erprobt und deshalb ausgiebig diskutiert worden, was die Übereinstimmung sicher sehr förderte. Die Beobachter waren gehalten, alle 10 Sekunden mindestens eine Signatur zu setzen, möglichst aber nicht mehr als zwei pro Zeiteinheit. Die Beobachter lösten einander nach jeweils 30 Minuten Beobachtungszeit ab.

Auf jede Pflegeperson im Dienst wurde also für die gesamte Arbeitszeit ein wechselnder Beobachter "angesetzt". Die beobachteten Pflegepersonen wurden absichtlich im Unklaren darüber gelassen, was eigentlich signiert wurde; sie bekamen die Information, es handle sich um eine "job analysis" zum Zwecke der Rationalisierung ihrer Arbeit. Daß in Wirklichkeit signiert wurde, wie oft und warum eine Pflegeperson welche Art von Kontakt mit einem Pflegling aufnahm, wurde nie gesagt und anscheinend auch nie vermutet;

die Betreuer argwöhnten vielmehr, man wolle ihnen die Pausen kürzen (angesichts des Arbeitsanfalls wirklich eine unbegründete Befürchtung) oder herausfinden, wer fleißig sei und wer nicht. Es ist jedoch nicht zu erwarten, daß die Betreuer deshalb mehr oder schneller arbeiteten als normalerweise, da die Verrichtungen ohnehin meist im Geschwindschritt vor sich gehen. Zudem kann sich ein Mensch wohl eine Stunde oder zwei absichtlich anders verhalten als üblich, weil er weiß, daß er beobachtet wird, wohl kaum jedoch drei Tage hintereinander. Daß diese Möglichkeit keine Gefahr für die Brauchbarkeit der Beobachtungsergebnisse darstellte, wird durch die Tatsache nahegelegt, daß die jeweils ersten Beobachtungsstunden keine wesentlich anderen Signaturhäufigkeiten ergaben als spätere, wenn sie intrapersonell verglichen wurden. Schließlich blieb auch nichts anderes übrig als offen zu beobachten, denn die einzige Alternative wären versteckte Videokameras gewesen. Der notwendige Aufwand hierfür war nicht zu leisten, denn es hätte bauliche Veränderungen auf sechs Stationen erfordert; zudem ist das Verfahren technisch fast unmöglich, weil ein Monitorbild eine Signierung nur zuließe, wenn die Zielperson ständig groß im Bild und nie verdeckt ist, was bei dem ständigen Herumlaufen durch mehrere Räume einfach nicht der Fall ist.

Die Beobachter hatten vereinabart, nicht näher an die beobachteten Personen heranzugehen als unbedingt notwendig und im übrigen den normalen Arbeitsablauf so wenig wie möglich zu stören oder zu beeinflussen. Dies gelang leichter als erwartet, da der Arbeitsanfall für die Pfleger so groß ist, daß ohnehin keine Zeit bleibt, etwa einen Beobachter ins Gespräch zu ziehen. Umgekehrt bemühten sich die Beobachter, nicht im Weg zu stehen und möglichst wenig Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Überraschenderweise bildete die Aufmerksamkeit der Pfleglinge selbst anfangs keine nennenswerte Schwierigkeit. Wo sie überhaupt spürbar war,

ließ sie schon während der Probeläufe sehr schnell nach, weil die Beobachter auf versuchte Kontaktnahmen seitens der Pfleglinge nicht reagierten. Auch die Tatsache, daß mehr als die Hälfte der Beobachter weiblich war, änderte daran nichts, übrigens entgegen den Prophezeiungen der erfahrenen Pfleger, die mit einem Tumult und sexuellen Attacken rechneten, sobald Studentinnen auf den Stationen erscheinen würden; das völlige Desinteresse der Patienten spricht wieder dafür, sie eher wie Kleinkinder zu betrachten, die auf Geschlechtsmerkmale noch kaum differentiell reagieren, schon gar nicht mit eindeutig sexuellen Reaktionen.

Auf diese Weise wurden mehr als 160 000 Signaturen erhoben (1 Signatur pro 10-Sekunden-Einheit ergab 360 Signaturen pro Stunde, bei 445 Stunden Beobachtungszeit also 360 x 445 = 160 000). Deren Auswertung wird im Abschnitt 2.1.3. dargestellt, nachdem vorher der Signierungskatalog erläutert worden ist.

2.1.2. Die Darstellung des Signierungssystems

Der Katalog umfaßte 16 mögliche Signaturen, die zunächst in drei Obergruppen eingeteilt werden konnten, nämlich in
- sozial irrelevante Tätigkeiten,
- sozial relevante Tätigkeiten, d.h. Pfleglingskontakte,
- Tätigkeiten, deren soziale Relevanz unklar war.

Im Unterschied zu anderen Signierungssystemen, die zum Zwecke von job-analysis-Fragestellungen in Institutionen oder Krankenhäusern entwickelt worden waren wie die von Bensberg oder Frassa, wurde in diesem Fall entsprechend der anderen Zielsetzung nur die Gruppe "Sozial relevante Tätigkeiten" weiter aufgegliedert. Alle Tätigkeiten, die keine Pfleglingskontakte umfaßten, wurden daher in einer einzigen Signatur zusammengefaßt. Ähnlich wurde darauf verzichtet, Pflegerverhalten unklarer sozialer Relevanz näher aufzudifferenzieren. Es folgen nun die jeweiligen Definitionen bzw. Kriterien für jede Signatur.

A. SOZIAL IRRELEVANTE TÄTIGKEITEN

1. Organisation und Hauswirtschaftliches (Signatur: O)

Darunter fielen alle Tätigkeiten, die job-relevant, aber kontakt-irrelevant im Hinblick auf den Patienten sind. Beispiele für O-Tätigkeiten sind: Wäsche besorgen, Bügeln, Essen wärmen und austeilen, Geschirr abwaschen, Berichte schreiben, Formulare ausfüllen, Besprechungen mit Kollegen, wenn sie sich auf dienstliche Fragen bezogen etc. Wurde im Verlauf einer solchen Tätigkeit Kontakt mit Pfleglingen aufgenommen, so wurde immer eine der Kontaktsignaturen gegeben und nicht O. Die Signatur bedeutet also immer, daß zum entsprechenden Zeitpunkt die Zielperson keinen Kontakt zu einem Patienten hatte.

2. Pausen (Signatur: P)

Darunter fielen alle Tätigkeiten, die sowohl kontakt-irrelevant als auch job-irrelevant sind, z. B. Kaffee trinken, Zeitung lesen, mit Kollegen Skat spielen oder über Dinge sprechen, die nichts mit dem Dienst zu tun haben (sonst wäre O signiert worden). Fielen Interaktionen mit Pfleglingen in die Pausen (z.B. wenn ein Patient dem Betreuer in den Pausenraum nachkommt, etwas fragt und weggeschickt wird), wurde entsprechend nicht P signiert, sondern die angemessene Kontaktsignatur.

B. TÄTIGKEITEN, DEREN SOZIALE RELEVANZ UNKLAR IST

3. Beobachtung (Signatur: B)

Diese Signatur meint, daß ein Betreuer sich etwa mit Patienten im gleichen Raum aufhielt, ohne aber deutlich mit ihnen zu kommunizieren, z.B. zum Zwecke der Beobachtung und Beaufsichtigung. Darunter würden auch Blickkontakte mit Patienten ohne begleitende verbale Signale über größere Entfernungen fallen, weil unklar ist, ob der Patient den Blick bemerkt hat oder nicht, oder wo es wahrscheinlich ist, daß er ihn nicht bemerkt hat. Saß z. B. ein Betreuer mit Pfleglin-

gen im gleichen Raum und las dabei die Zeitung, so wurde wegen seiner physischen Anwesenheit B und nicht P signiert.

C. SOZIAL RELEVANTE TÄTIGKEITEN / KONTAKTE MIT PATIENTEN

4. Nahrungsaufnahme (Signatur: N)

Hiermit sind alle Kontakte mit einem Pflegling gemeint, die wegen oder im Zusammenhang mit den Mahlzeiten zustande kamen. Darunter würde das Füttern fallen, auch das Einschreiten wegen unsauberen Essens oder sonstwie mangelhafter Tischmanieren, wegen Essensverweigerung oder dem Versuch, dem Nachbarn etwas vom Teller zu stibitzen. Nicht benutzt wurde diese Signatur bei Werfen mit Nahrung oder Schmieren mit Essen aus Trotz statt aus Ungeschicklichkeit (dieser Fall wurde als unerwünschtes Verhalten bzw. Reaktion darauf signiert), ebenfalls nicht, wenn selbständiges Essen gelehrt oder sonstwie Anleitung mit dem Ziel beserer Tischmanieren oder größerer Selbständigkeit gegeben wurde. In diesem Fall wurde A (s.u.) signiert.

5. Kontakt wegen Waschen und sonstiger Körperpflege-Prozeduren (Signatur: W)

Durch diese Signatur wurden alle Kontakte zum Patienten erfaßt, die im Zuge der Körperreinigung, des Zähneputzens, Kämmens, Rasierens etc. zustande kamen. Ebenso fiel darunter die Prozedur des damit verbundenen An- und Ausziehens. Toilettengänge mit einem Betreuer zum Vermeiden von Unsauberkeit wurden ebenfalls als W signiert; eine Säuberung als Reaktion auf den Toilettenunfall, d.h. auf Inkontinenz des Patienten, wurde dagegen als K signiert.

6. Kontakt wegen unerwünschtem Toilettenverhalten (Signatur: K)

Damit wurden alle Kontakte bezeichnet, die wegen Einkotens, Einnässens, Schmieren mit Fäkalien oder sonstwie inadaequaten Toilettenverhaltens zustande kamen.

7. Unerwünschtes Verhalten in Form von Aggression (Signatur: a)

Als Kleinbuchstaben wurden Kontaktaufnahmen signiert, die wegen unerwünschten Verhaltens des Patienten zustande gekommen waren, also etwa Tadel und Zurechtweisung. Bei unerwünschten Kontakten zwischen Pfleglingen, etwa aggressiver oder sexueller Natur, wurde mit a signiert.

8. Unerwünschtes Verhalten in Form von Selbstbeschädigung (Signatur: b)

Diese Signatur wurde benutzt, wenn ein Betreuer wegen unerwünschten Verhaltens einschritt, das nicht Kontakt zwischen Patienten darstellte. Neben Autoaggression wurden Selbststimulation und Masturbation unter diese Kategorie gefaßt.

9. Unerwünschtes Verhalten in Form von Destruktion (Signatur: d)

Nahm ein Betreuer Kontakt zu einem Patienten auf, weil dieser destruktiv geworden war oder Wut- und Trotzverhalten zeigte, so wurde diese Signatur benutzt.

10. Kontakt als Reaktion auf Pfleglingswunsch (Signatur: R)

Nahm ein Betreuer Kontakt zu einem Patienten auf dessen verbal oder nonverbal geäußerten Wunsch hin auf (als Reaktion auf Tätscheln, Umarmen, Laute, Zupfen am Ärmel etc.), so wurde diese Signatur verwendet. Sie besagt also ebenso wie die Signaturen 7 - 9, daß die Initiative zum Kontakt vom Pflegling ausging.

11. Spontane Kontaktaufnahme, vom Betreuer ausgehend (Signatur: S)

Dies ist gewissermaßen das Gegenteil von R. Diese Signatur wurde verwendet, wenn kein Verhalten seitens des Patienten erkennbar war, daß sie Zuwendung des Betreuers ausgelöst haben könnte. Dieser Fall wurde als "spontane Zuwendung"

bezeichnet.

12. Verbote, Anweisungen und Befehle (Signatur: V)

Außer ausdrücklichen Verboten und mehr oder weniger barschen Verweisen fielen unter diese Signatur Anweisungen, mit denen der Patient zu einer sicher beherrschten Routinetätigkeit herangezogen wurde. Wurde eine Tätigkeit vom Patienten dagegen nicht sicher beherrscht oder gehörte sie nicht zur Stationsroutine und wurde er dennoch dazu angeleitet, so wurde A signiert.

13. Anleitung (Signatur: A)

Diese Signatur wurde benutzt, wenn einem Pflegling etwas gezeigt, vorgemacht oder sonstwie zu vermitteln versucht wurde. Jede Form von Training, jedes Spiel mit Lernanteil, jede Ermunterung zu Eigenhandlungen, die nicht völlig Routine sind, fiel hierunter. Bei jedem erkennbaren Lob wurde grundsätzlich A signiert, weil die vorausgehende Handlung dadurch mutmaßlich verstärkt worden war.

14. Gespräch (Signatur: G)

Diese Signatur bezeichnete jeden zeitlich länger erstreckten Kontakt, der nicht unter A oder H fiel. Das Gespräch konnte verbal sein, aber auch quasi-verbale, irgendwie ritualisierte Kommunikation wurde so signiert, auch jede scherzhafte Balgerei, alles Streicheln etc., ebenso Spiele mit vorwiegendem Unterhaltungscharakter, also ohne deutlichen Lernanteil. Diese Signatur legt als einzige nicht fest, von wem der Kontakt eröffnet wurde; vor G mußte deshalb immer eine andere Signatur stehen, aus der hervorging, von wem der Kontakt eröffnet wurde und weshalb.

15. Hilfestellungen pflegerischer Natur (Signatur: H)

Hilfestellungen sind hier natürlich nicht im Sinne von "prompting" gemeint, sonst hätte A signiert werden müssen. Sie sind gedacht als meist kurz erstreckte, routinemäßig

ausgeführte Pflegehandlungen. Beispiele wären das Verabreichen eines Medikaments (aber nicht das Austeilen von Medikamenten im Dienstzimmer), das Stützen oder Führen eines Pfleglings, Mund abwischen, etwas aufheben etc.

D. ZUSATZSIGNATUR, DIE KEINE TÄTIGKEIT BEZEICHNET

Es wurde immer signiert, ob ein Kontakt (gleichgültig welcher Art) mit einem Trainee, also mit einem unsauberen Patienten, der für das Training vorgesehen war, oder mit einem Non-Trainee (einem Patienten mit adaequatem Toilettenverhalten) stattgefunden hatte.

16. Kontakt hat mit einem Trainee stattgefunden (Signatur: T)

Diese Signatur wurde zusätzlich zu der entsprechenden Kontaktsignatur gegeben, wenn der Kontakt mit einem Trainee stattfand. Lief der Kontakt zwischen einem Betreuer und einem Non-Trainee ab, so wurde nicht zusätzlich signiert.

Diese 16 Signaturen machten den Signierungskatalog aus. Mehr Signaturen schienen ungünstig, um die Informationsverarbeitungskapazität der Beobachter nicht zu sehr zu strapazieren. Andererseits erklärten die Beobachter im Nachhinein, die verwendeten Signaturen seien relativ leicht zu handhaben gewesen und hätten es erlaubt, praktisch alle Kontakte eindeutig zu klassifizieren.

Der Zeitraum von 10 Sekunden, der die Beobachtungseinheit bildete, schien auch im Rückblick den einfachen untersuchten sozialen Abläufen angemessen. Für das kommunikative Verhalten normal intelligenter Menschen wäre er sicher viel zu lang, im vorliegenden Fall aber mußte nur selten zweimal pro Zeiteinheit signiert werden, weil verschiedenartige Kontakte so kurz aufeinander folgten.

Die Beobachter hatten jeweils ein Klemmbrett zur Hand, auf dem vorbereitete hektographierte Beobachtungsformulare befestigt waren. Die Formulare wiesen 30 Zeilen und 6 Spalten auf, die für die 30 Minuten zu je 6 x 10 Sekunden standen, die eine Person beobachtete, bevor sie abgelöst wurde. Oben am Klemmbrett war jeweils eine Stoppuhr befestigt, die eine halbe Stunde Beobachtungszeit durchgängig lief. Nach Auskunft der Beobachter gewöhnten sie sich schnell an den 10-Sekunden-Rhythmus, so daß die Uhr nicht dauernd beobachtet werden mußte.

An den Beobachtungstagen trugen die Trainees einer Station alle die gleichen Pullover. Dadurch war es nicht nötig, daß die Beobachter sich einprägten, wer von den Insassen ein Trainee war und wer nicht. Das wäre bei der großen Zahl der Patienten und Beobachter (annähernd ja 200 : 20) auch kaum ohne erhebliche Verwirrungen und Verwechslungen abgegangen.

Nach der Beobachtung zählte jeder Beobachter seine Signaturen in vorbereitete Randfelder zusammen und gab seinen Bogen dann ab, so daß dieser ohne Datenübertragung zur Grundlage der weiteren Auswertung wurde.

Im folgenden wird nun unter verschiedenen Aspekten die Grundfrage beantwortet, aus welchen Gründen Pflegepersonen Kontakte mit Patienten aufnehmen und wie oft sie das jeweils tun. Zunächst werden die ursprünglichen Hypothesen aufgeführt und im Anschluß daran in anderer Anordnung an den Ergebnissen geprüft. Schließlich soll noch versucht werden, die gesamten Beobachtungsdaten in ein knappes, einfaches Bild zusammenzuziehen und die wichtigsten Befunde in einigen einfachen, "griffigen" Aussagen zu konzentrieren.

2.1.3. Erwartungen und Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in vier Abschnitten dargestellt werden (2.1.3.1. bis 2.1.3.4.); die erwarteten Befunde werden in der gleichen Anordnung vorher formuliert. Die Hypothesen werden so begründet, wie sie ursprünglich vor den empirischen Erfahrungen zustande gekommen waren; sie sind, wie kaum anders zu erwarten, um einiges grober und allgemeiner als die Ergebnisse.

A. Ergebnisse "at face value" (s. 2.1.3.1.)

a- O-Signaturen kommen am häufigsten vor, denn kontaktirrelevante Tätigkeiten machen einen großen Teil der Arbeitszeit der Pflegepersonen aus.

b- P-Signaturen sind auf allen Stationen selten, weil der Arbeitsanfall groß und die Personalknappheit überall drückend ist, und weil Essenspausen außerhalb der Station verbracht und deshalb nicht erfaßt werden.

c- B-Signaturen sind ebenfalls selten, weil Pflegepersonen immer wieder bedauern, daß sie sich gern mit Pfleglingen beschäftigen würden, wenn der Dienst das nur gestatte. Was an Arbeitszeit nicht durch Organisatorisches ausgefüllt ist, sollte deshalb durch eine der Kontaktsignaturen beansprucht werden.

d- Die Siganturen K, a, b und d sind recht häufig. Sie bezeichnen Kontaktaufnahmen durch das Personal wegen unerwünschten Verhaltens (also Fehlverstärkung) bzw. sie deuten an, in welchem Maße die Patienten ihre Betreuer manipulieren und deren Zuwendung kontrollieren.

e- Von den Kontaktsignaturen sind N, W und H die häufigsten, denn die entsprechenden Verrichtungen werden von Pfleglingen im Selbstregelungsbereich (Essen, An- und Ausziehen, Toilette, Hygieneverrichtungen) entweder durch Hilflosigkeit nötig gemacht oder auch aus Gründen der Zeitersparnis vom Pflegepersonal routinemäßig übernommen.

f- Von den übrigen (verbalen oder quasi-verbalen) Kontaktarten ist V die häufigste Signatur, weil sie sich am ehesten mit dem Zeitdruck des Stationsbetriebs vereinbaren läßt.

g- Die Signaturen A und G sind seltener als N, W und H einerseits und V andererseits, da sie - im Sinne des "reibungslosen Ablaufs" eher Zeitverlust bedeuten und gegen den Druck der Verhältnisse und Gewohnheiten durchgesetzt werden müssen.

h- Signatur R ist selten, da Pfleglinge einerseits kaum die kommunikativen Fähigkeiten haben, einen Kontaktwunsch in akzeptabler Weise (also nicht durch Fehlverhalten) vorzubringen, andererseits auch Versuche in dieser Richtung gelöscht worden sein dürften, da sie im Trubel der unübersichtlichen Station vom Adressaten nicht bemerkt werden oder aus Zeitmangel abgewiesen werden müssen.

i- Signatur S ist die seltenste von allen, da das zeitlich mögliche Maß an Kontakten in der Regel aus anderen Gründen zustande kommt als aus einem Bedürfnis des Betreuers nach Pfleglingskontakten heraus.

k- Die Häufigkeiten der Signaturen sind in etwa die gleichen auf allen beobachteten Stationen, da die Insassen in allen Fällen recht ähnlich sind, nämlich erwachsene Schwerbehinderte.

B. Zahlen bezogen auf Pflegepersonen (ohne Rücksicht auf Patienten, s. 2.1.3.2.)

a- Es gibt Pflegepersonen, die insgesamt mehr Kontaktsignaturen auf sich ziehen als andere.

b- Die "Kontaktfreude" steigt mit zunehmendem Dienstalter, weil die Betreuer lernen, sich auf die unkonventionellen Kommunikationsversuche der Behinderten einzustellen und sie zu verstehen. Umgekehrt sind die jungen, unerfahrenen Kräfte wenig "kontaktfreudig", weil ihnen diese Erfahrung

fehlt.

c- Aus dem gleichen Grund werden die verbalen oder quasi-verbalen Kontakte vor allem auf die erfahrenen, dienstälteren Betreuer entfallen.

d- Die jungen, weniger erfahrenen Betreuer werden sich dagegen häufiger von den Pfleglingen manipulieren lassen und Kontakte der Art K, a, b und d auf sich ziehen.

C. Ergebnisse bezogen auf Pflegepersonen bei Differenzierung der Pfleglinge nach Trainees und Non-Trainees (s. 2.1.3.3.)

a- Die unsauberen Pfleglinge oder Trainees bekommen mehr Kontakte, als ihnen bei gleichmäßiger Verteilung der Kontakte auf alle Patienten eigentlich zukäme. Die Non-Trainees dagegen vereinigen weniger Kontakte auf sich.

b- Es sind dies bei den Trainees jedoch vorwiegend Kontakte der Art N, W, K, a, b und d, weil sie durch unerwünschtes Verhalten und Hilflosigkeit im Selbstregelungsbereich ein Mehr an Kontakten erzwingen, für Selbständigkeit also durch Kontaktminderung bestraft würden (Zusammengefaßt als Kontakte der Art I, kurz K I).

c- Die Non-Trainees bekommen bevorzugt Kontakte der Art A, G, R, S und V; ihre Verstärkung ist eher konventioneller Art (Zusammengefaßt als Kontakte der Art II, kurz K II).

d- Trainees und Non-Trainees haben deshalb zwei verschiedene Interaktionsstile mit dem Pflegepersonal.

e- Die Trainees ziehen verstärkt die K I-Signaturen auf sich, denn sie haben ein engeres Verhaltensrepertoire und sind deshalb gewissermaßen auf das Erzwingen "primitiver" Kontakte angewiesen.

f- Die Non-Trainees ziehen verstärkt die K II-Signaturen auf sich, denn sie verfügen über breitere Verhaltensrepertoires und können damit konventionellere Weisen der

Kommunikation benutzen.

D. Ergebnisse bezogen auf den Signierungskatalog (s. 2.1.3.4.)

a- Es läßt sich ein cluster von Signaturen nachweisen, das den Kommunikationsstil der Trainees widerspiegelt, ausgedrückt in hohen Interkorrelationen von N, W, K, a, b und d sowie eventuell H und in schwachen Korrelationen mit A, G, S, R und V. Dieses cluster soll K I (Kontakte der Art I) genannt werden.

b- Andererseits läßt sich ein zweites cluster von Signaturen nachweisen, das den Kommunikationsstil mit Non-Trainees widerspiegelt, ausgedrückt in hohen Interkorrelationen von A, G, R, S und V und in schwachen Korrelationen mit dem cluster K I. Es soll K II (Kontakte der Art II, "höhere" Kontaktarten) genannt werden.
K I und K II korrelieren daher nicht nennenswert miteinander.

c- Beide Kontaktarten sind negativ mit O und P korreliert, weil sie ja mit allen Kontaktsignaturen in komplementärem Verhältnis stehen. Dabei ist K II höher negativ mit O und P korreliert, weil diese Kontakte nicht wie K I zu den Dingen gehören, die eben getan werden müssen.

d- Die verschiedenen Kommunikationsstile mit Trainees und Non-Trainees lassen sich faktoriell nachweisen.

e- Die Kommunikationsarten oder Signaturen-cluster K I und K II lassen sich ebenfalls faktoriell nachweisen.

f- Die Signatur H wird mit K I eher in Zusammenhang stehen, da sie bei Hilflosigkeit des Patienten auftreten wird.

g- Die Signatur B wird mit K II in Zusammenhang stehen, da sie den Rahmen, in dem K II vorkommen dürften, widerspiegelt.

Soweit die Ausgangserwartungen; sie werden im Zuge der folgenden Darstellung der Beobachtungsergebnisse mit diskutiert.

2.1.3.1. Ergebnisse "at face value"

In diesem Abschnitt soll zunächst nur einmal betrachtet werden, wieviel Prozent der auf der Station zugebrachten Arbeitszeit auf die einzelnen Signaturen entfallen. Damit wird natürlich nur die simple Frage beantwortet, was ein Betreuer im Durchschnitt wie lange macht, wenn er im Dienst ist, also im Sinne einer groben Tätigkeitsanalyse.

a- O-Signaturen sind die häufigsten, denn kontaktirrelevante Tätigkeiten machen den größten Teil der Arbeitszeit auf den Stationen aus; dies war die Erwartung gewesen, die sich bestätigte, wie die folgende Aufstellung zeigt. In vier Fällen werden rund 45 %, also fast die Hälfte der Zeit, mit hauswirtschaftlichen und organisatorischen Verrichtungen verbracht; in den zwei günstigeren Fällen sind es immer noch rund 30 %:

Station 55/57	:	O = 47.26 %
Station 33/35	:	O = 46.15 %
Station 41/43	:	O = 44.56 %
Station 29/31	:	O = 43.09 %
Station 17	:	O = 30.21 %
Station 45/47	:	O = 29.83 %
durchschnittlich		O = 41.70 %

Dabei ist noch zu bedenken, daß die Einrichtung durch eine Zentralküche und eine Zentralwäscherei versorgt wird und entsprechende Aufgaben für die Stationen deshalb weitgehend entfallen, daß Besorgungen außerhalb der Station nicht in die Beobachtung eingingen, und daß solche Personen, deren Tätigkeit gerade durch Hauswirtschaftliches definiert ist wie Reinmachefrauen und "Hilfsjungen", nicht mitbeobachtet wurden.

b- P-Signaturen sind auf allen Stationen selten. Diese Erwartung konnte in dieser Form nicht aufrecht erhalten werden, wie die folgende Aufstellung zeigt, denn die

Pausenhäufigkeit schwankt stark von Station zu Station und macht insgesamt immerhin durchschnittlich rund 12.5 % der Arbeitszeit aus. Das sind, wohlgemerkt, nur die Pausen am Arbeitsplatz, nicht die Essenspausen. Daneben sind zur klareren Illustration die beiden sicher kontaktfreien Tätigkeiten zusammengefaßt, also O und P. Es läßt sich ablesen, wieviel Arbeitszeit auf der Station ohne jeden Kontakt mit den Patienten zugebracht wird: bis zu zwei Drittel, im Durchschnitt aber mehr als die Hälfte.

Station 55/57	: P = 18.61 %	O + P = 65.87 %
Station 17	: P = 15.05 %	O + P = 45.26 %
Station 29/31	: P = 14.38 %	O + P = 57.47 %
Station 33/35	: P = 12.80 %	O + P = 58.95 %
Station 45/47	: P = 6.84 %	O + P = 36.67 %
Station 41/43	: P = 4.18 %	O + P = 48.74 %
durchschnittlich	: P = 12.48 %	O + P = 54.18 %

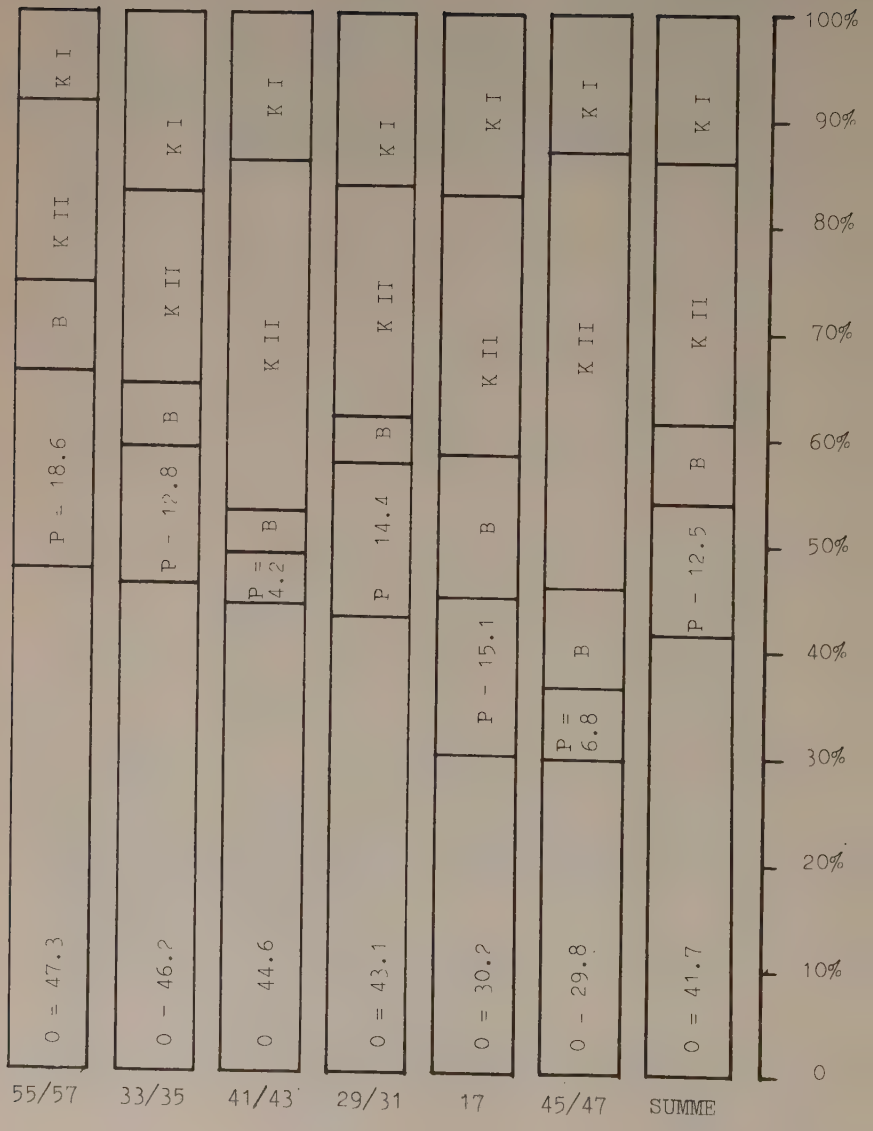
c- B-Signaturen, so war erwartet worden, sind seltener als die einzelnen K II-Signaturen. Diese Erwartung bestätigte sich nicht, denn alle K II-Signaturen, mit einer Ausnahme, sind seltener als B. Die oft geäußerten Wünsche der Betreuer nach der Möglichkeit zu mehr Kontakt mit Patienten sind daher wohl etwas schwierig zu bewerten, denn auch die B-Signaturen sind wiederum seltener als die P-Signaturen. D. h. wenn Betreuer weder O-Tätigkeiten verrichten noch in direktem Kontakt mit Patienten stehen, dann machen sie eher eine Pause bei räumlicher Trennung von den Patienten als mit diesen im gleichen Raum. Die Häufigkeit dieser Signatur B schwankt wieder recht stark von Station zu Station:

Station 17	: B = 13.05 %
Station 45/47	: B = 9.45 %
Station 55/57	: B = 8.42 %
Station 33/35	: B = 5.70 %

Station 29/31	:	B = 4.70 %
Station 41/43	:	B = 4.20 %
durchschnittlich	:	B = 7.10 %

Diese Prozentzahlen werden in Abbildung 1 der Übersicht halber noch einmal graphisch zusammengefaßt. Es wird deutlich, daß die Kontaktsignaturen den Kehrwert der Non-Kontakt-Signaturen darstellen, und daß die Frequenzen zwischen den Stationen recht stark schwanken.

ABBILDUNG 1


K I
K II
B
P = 18.6
O = 47.3
55/57
K I
K II
B
P - 12.8
O - 46.2
33/35
K I
K II
B
P = 4.2
O 44.6
41/43
K I
K II
B
P 14.4
O = 43.1
29/31
K I
K II
B
P - 15.1
O = 30.2
17
K I
K II
B
P = 6.8
O - 29.8
45/47
K I
K II
B
P - 12.5
O = 41.7
SUMME
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0

d- Es war erwartet worden, daß die Signaturen K, a, b und d recht häufig sein würden, die Reaktionen des Personals auf unangemessenes Verhalten der Patienten bezeichneten. Die Erwartung bestätigte sich nicht. Diese vier Signaturen, die Manipulation der Betreuer durch Pfleglinge mit Hilfe von Unsauberkeit und Verhaltensstörungen anzeigen sollten, sind so selten, daß sie zu einer Signatur zusammengefaßt wurden; die durchschnittliche Häufigkeit der kombinierten Signaturen macht dennoch gerade ein knappes Prozent aller Signaturen aus.

Station 41/43	:	K,a,b,d = 1.85 %
Station 45/47	:	K,a,b,d = 0.90 %
Station 17	:	K,a,b,d = 0.84 %
Station 29/31	:	K,a,b,d = 0.78 %
Station 33/35	:	K,a,b,d = 0.51 %
Station 55/57	:	K,a,b,d = 0.51 %
durchschnittlich	:	K,a,b,d = 0.90 %

Im Nachhinein schien er wieder erklärlich, wieso die Erwartung nicht bestätigt wurde: Toilettenunfälle bleiben entweder unbemerkt, oder die Patienten bleiben in ihren nassen bzw. schmutzigen Kleidern sitzen bis zum nächsten routinemäßigen Toilettengang; aggressive, destruktive oder sonstwie auffällige Patienten werden wohl beim ersten Vorfall des Tages für die restliche Zeit fixiert, oder als schwierig geltende Pfleglinge werden bereits "für alle Fälle" festgebunden oder sonstwie am auffälligen Verhalten gehindert. Diese einmalige Verrichtung am Tag fällt zeitlich kaum ins Gewicht. Für viele "schwierige" Patienten scheinen Riemen und Schutzjacken schon Bestandteile normaler Kleidung geworden zu sein, oder aber sie verbringen den Großteil des Tages festgebunden im Bett oder auf einem Stuhl. Die Möglichkeiten der Insassen, Betreuer zu manipulieren, waren offenbar überschätzt worden; die Disziplinierung scheint straffer zu sein als gedacht. Es wird hier ein erstes

Mal sichtbar, daß eher der Patient an die Station angepaßt wird als umgekehrt, d.h. Fehlverhalten wird nicht als Appell verstanden, sondern als Ungezogenheit oder als Krankheitssymptom, das zum eigenen Besten des Patienten unterdrückt werden müsse (wie etwa bei Selbstbeschädigung). Die Frage, weshalb Patienten sich selbst beschädigen, wird entweder nicht diskutiert oder auf den somatischen Schaden verschoben (was natürlich nicht erklärt, weshalb sich ein Teil beschädigt und ein anderer nicht).

e- Es war erwartet worden, von den Kontaktsignaturen seien die der Art I die häufigsten, also N, W und K. Diese Vermutung bestätigte sich ebenfalls nicht; die Kontakte der Art II sind häufiger. Die Signatur K kann hier weggelassen werden, weil sie so selten ist. Die Signaturen N, W und H machen durchschnittlich rund 14 % der Gesamtsignaturen und damit der Arbeitszeit aus.

Station 17	: N = 4.05 %	W = 9.44 %	H = 3.37 %
Station 29/31	: N = 3.56 %	W = 7.16 %	H = 5.44 %
Station 33/35	: N = 3.11 %	W = 9.56 %	H = 3.95 %
Station 41/43	: N = 2.22 %	W = 8.76 %	H = 3.06 %
Station 45/47	: N = 0.54 %	W = 9.71 %	H = 2.99 %
Station 55/57	: N = 0.41 %	W = 4.86 %	H = 3.11 %
durchschnittl.	: N = 2.32 %	W = 8.25 %	H = 3.65 %

f- Entgegen der Erwartung ist nicht V die häufigste Signatur der Gruppe K II, sondern G.

Station 17	: V = 9.85 %
Station 45/47	: V = 7.44 %
Station 41/43	: V = 5.06 %
Station 33/35	: V = 4.01 %
Station 55/57	: V = 2.88 %
Station 29/31	: V = 2.78 %
durchschnittlich	: V = 5.34 %

g- Auch diese Erwartung bestätigte sich nicht: die Signaturen A und G sind nur geringfügig seltener als die der Gruppe K I, und sie sind weit häufiger als V.

Station 41/43 :	A = 4.25 %	G = 11.55 %	A + G = 15.80 %
Station 45/47 :	A = 3.05 %	G = 18.81 %	A + G = 21.86 %
Station 17 :	A = 3.11 %	G = 7.17 %	A + G = 10.28 %
Station 29/31 :	A = 2.21 %	G = 10.85 %	A + G = 13.06 %
Station 33/35 :	A = 1.11 %	G = 6.24 %	A + G = 7.35 %
Station 55/57 :	A = 0.72 %	G = 8.51 %	A + G = 9.23 %
durchschnittl.:	A = 2.41 %	G = 10.52 %	A + G = 12.93 %

h- Signatur R ist erwartungsgemäß nicht häufig, aber immerhin noch häufiger als A und K, a, b, d.

Station 45/47 :	R = 6.19 %
Station 41/43 :	R = 3.54 %
Station 33/35 :	R = 2.45 %
Station 29/31 :	R = 2.08 %
Station 55/57 :	R = 1.97 %
Station 17 :	R = 1.88 %
durchschnittlich :	R = 3.02 %

i- Entgegen der Erwartung ist Signatur S zwar nicht häufig, aber durchaus nicht die seltenste von allen. Kontakte werden eher "spontan" von Pflegern eröffnet als aufgrund von Fehlverhalten der Patienten, und etwa ebenso häufig wie auf akzeptabel geäußerten Pfleglingswunsch hin. Die Initiative zu Kontakten geht also nicht so einseitig von Patienten aus wie gedacht.

Station 41/43 :	S = 4.57 %
Station 33/35 :	S = 4.36 %
Station 45/47 :	S = 4.22 %
Station 29/31 :	S = 2.98 %
Station 17 :	S = 2.96 %
Station 55/57 :	S = 2.74 %
durchschnittlich :	S = 3.64 %

k- Die Häufigkeiten der Signaturen bzw. Signaturgruppen scheinen doch stärker zu schwanken als erwartet. Abbildung 1 zeigt erhebliche Verschiebungen von einer Station zur nächsten. Es geht hier zunächst nur um die Frage, ob diese Schwankungen noch im Rahmen zufälliger Variation erklärt werden können oder nicht, und um die Feststellung, daß sie vorhanden sind. Faßt man die Signaturgruppen K I (bestehend aus N, W und H, d.h. durch Pflegeroutine veranlaßte Kontakte) und K II (bestehend aus R, A, G, S, V und K, a, b, d, d.h. verbale oder quasi-verbale Kontakte, wobei die Zuordnung noch impressionistisch ist und durch die Faktorisierung überprüft wird) zusammen, so werden erhebliche Schwankungen in den "Kontaktfreudigkeiten" der Stationen deutlich:

Station 17	:	K I = 16.86 %	K II = 25.81 %
Station 33/35	:	K I = 16.62 %	K II = 18.68 %
Station 29/31	:	K I = 16.16 %	K II = 21.68 %
Station 41/43	:	K I = 14.04 %	K II = 30.82 %
Station 45/47	:	K I = 13.24 %	K II = 40.61 %
Station 55/57	:	K I = 8.38 %	K II = 17.33 %
durchschnittl.	:	K I = 14.22 %	K II = 25.82 %

Die Schwankungen gehen offenbar vor allem auf Unterschiede in der Kontaktart II zurück, während die Frequenzen der Gruppe K I mit einer Ausnahme nicht weit differieren. Kontaktbereitschaft scheint sich in der Frequenz der "höheren" Kontakte zu zeigen, während die der "niedrigen" durch die Stationsroutine weitgehend festgelegt zu sein scheint. Die Kontaktgruppen können deshalb auch zu einer zusammengefaßt werden, ohne Unterschiede zu verwischen, aber es ist zu fragen, ob die Differenzen in der Frequenz der Kontakte insgesamt nicht zufällig sein könnten. Diese grobe Zusammenfassung der Daten wurde vorgenommen, um nicht eine Unzahl statistischer Tests durchführen zu müssen (nämlich für alle Signaturen und Stationen einzeln), die letztlich doch

nichts Klares besagt hätten. Es schien sinnvoller, Aussagen zu einzelnen Signaturen auf Korrelationen zu stützen, da Korrelationsmatrizen die Information viel einfacher und überschaubarer beschreiben können.

Die gröbste Prüfung wäre die, ob Stationen von einem gemeinsamen Mittelwert an Kontaktfrequenzen bedeutsam abweichen, was sich mit jeweils einem simplen Chi^2-Test für eine Stichprobe ermitteln läßt:

Station	erwartetes K	beobachtetes K	Chi^2	Signifikan
45/47	38.71 %	53.86 %	5.93	p = 0.02
41/43	38.71 %	44.86 %	0.98	ns
17	38.71 %	41.69 %	0.23	ns
29/31	38.71 %	37.82 %	0.02	ns
33/35	38.71 %	35.34 %	0.29	ns
55/57	38.71 %	25.71 %	4.37	p = 0.05

Bei dieser gröbsten Prüfung fallen immerhin noch zwei Stationen aus dem Rahmen, die in Bezug auf ihre "Kontaktfreudigkeit" je eine nach oben und nach unten bedeutsam vom gemeinsamen Mittel abweichen.

Eine Prüfung mit weniger Informationsverlust wäre ein Chi^2-Test für zwei Stichproben, der Stationswerte für K direkt gegeneinander prüft und nicht ein Stationsmittel zum Maßstab nimmt und damit Differenzen einebnet. In der folgenden Aufstellung ist dieses Vorgehen zusammengefaßt. Die redundante Information über die Non-K-Frequenzen ist jeweils weggelassen, da sie ja den Kehrwert zu den K-Signaturen darstellen und Abweichungen daher auch für sie gelten.

Station	K %		
45/47	53.86	1	1 = Chi^2 = 4.55 , p = 0.05
41/43	44.86	2	2 = Chi^2 = 7.71 , p = 0.01
17	41.69	3	3 = Chi^2 = 17.74 , p = 0.001
29/31	37.82	4	4 = Chi^2 = 8.89 , p = 0.01
33/35	35.34	5	5 = Chi^2 = 5.71 , p = 0.02
55/57	25.71	6	6 = Chi^2 = 3.97 , p = 0.05

Es scheint also gewissermaßen eine Eigenschaft "Kontaktbereitschaft" zu bestehen, nach der sich die meisten Stationen deutlich voneinander unterscheiden. Diese Eigenschaft ist natürlich das Ergebnis der Kontaktbereitschaften oder -stile der dort tätigen Betreuer. Deshalb schien es sinnvoll, die Signaturhäufigkeiten lieber nach Personen als nach Stationen aufzuschlüsseln. Das geschieht im nächsten Abschnitt, nachdem noch kurz die Verteilung der Signaturfrequenzen über den Tag graphisch dargestellt worden ist.

Tätigkeiten bzw. Signaturfrequenzen im Laufe des Tages:

Aus den Rohdaten konnte rekonstruiert werden, wie sich die verschiedenen Tätigkeiten der Betreuer über den Tag verteilen. Es schien am übersichtlichsten, diese Information in Graphiken zusammenzufassen (Abbildungen 2 bis 6); diese haben natürlich nur illustrativen Wert. Die gleichen graphischen Darstellungen wurden ursprünglich für jeden Beobachtungstag und jede Station einzeln vorgenommen; da sich jedoch keine wesentlich verschiedenen Muster ergaben, wurden die Frequenzen zusammengefaßt, so daß sich die Graphiken auf alle 6 Stationen und alle 18 Beobachtungstage beziehen.

Die Frequenzen wurden auf jeweils zwei Weisen eingetragen:

a- als Rohfrequenzen oder absolute Häufigkeiten. Das sind gewissermaßen die Zahlen, die für die Patienten relevant sind ("Was läuft überhaupt wann an Kontakten?")

b- als Quotienten (absolute Häufigkeit geteilt durch die Zahl der zugrundeliegenden Beobachtungseinheiten). Dieser korrigierte Wert war jeweils nötig, weil die Zahl der

diensttuenden Betreuer im Laufe des Tages stark schwankt. Alle Stationen sind z. B. am Vormittag stärker besetzt als am Nachmittag.

Die Rohfrequenzen sind als durchgezogene, die relativen Frequenzen als gestrichelte Linien eingetragen. Der Zeitachsenmaßstab ist zur leichteren Vergleichbarkeit immer der gleiche.

Abbildung 2 zeigt absolute Häufigkeitswerte für O, P und B. Der Löwenanteil der hauswirtschaftlichen Verrichtungen wird offenbar am Vormittag geleistet, zur Zeit der stärksten Stationsbesetzung. Kurz vor dem Frühstück entsteht der erste Gipfel, wohl aufgrund der Frühstücksvorbereitung (7.30 Uhr). Aus ähnlichen Gründen scheint sich nach dem Frühstück ein zweiter Gipfel zu bilden (Abräumen, Geschirr abwaschen); dazwischen liegt ein "Pausen"-Gipfel, der die Frühstückspause der Betreuer widergeben dürfte, die auf das Frühstück der Patienten folgt bzw. gleichzeitig stattfindet (die Betreuer sind dabei räumlich getrennt von den Pfleglingen). Der absolute Tagesgipfel an O-Tätigkeiten wird um 11.00 Uhr erreicht und dürfte auf die Vorbereitung des Mittagessens und das Austeilen von Medikamenten wie vor jeder Mahlzeit zurückgehen. Die P-Frequenzen erreichen gleichzeitig Tiefstwerte. Frühstück und Mittagessen scheinen beobachtet zu werden, denn B-Signaturen nehmen zu. Ein weiterer B-Gipfel liegt zwischen den Mahlzeiten und vor dem steilen Anstieg von O-Signaturen um 11 Uhr.

Während und unmittelbar nach dem Mittagessen der Pfleglinge wird die Mittagspause der Betreuer deutlich sichtbar; B geht fast gleichzeitig zurück. Ein nächster Gipfel für B und die höchsten Frequenzen werden ab 15.30 Uhr bis zum Abendessen erreicht; zugleich sind Pausen selten. Der O-Gipfel gegen 13.30 Uhr dürfte das mittägliche Abwaschen und Aufräumen der Küchen widerspiegeln, der um 15.30 Uhr bis 16.00 Uhr das Vorbereiten der belegten Brote für den Abend, der zweite von 16.30 Uhr bis 17.00 Uhr das Austeilen

des Abendbrots und der Abend-Medikamente. Während der Abendmahlzeit nimmt die O-Frequenz wieder ab und die Pausen-Frequenz entsprechend zu. Die beiden letzten O-Gipfel dürften das dritte Aufräumen und Abwaschen des Tages und schließlich die Vorbereitungen für die Nachtruhe wiedergeben.

Abbildung 3 gibt die Frequenzen aus Abbildung 2 relativiert nach der Anzahl der anwesenden Betreuer wieder. Das Grundmuster des Tagesablaufs kommt so deutlicher zum Vorschein. Die Häufung von O-Tätigkeiten bleibt trotzdem sichtbar auf dem Vormittag, geht also nicht allein auf die stärkere Besetzung der Stationen zurück. Deutlicher werden die O-Gipfel vor und nach jeder Mahlzeit sowie der Abfall der O-Frequenzen während der Mahlzeiten der Pfleglinge und die unmittelbar anschließenden Pausen der Betreuer, wohl während die Patienten mit dem Essen beschäftigt sind. Umgekehrt liegen jeweils vor den Mahlzeiten verständlicherweise die Pausen-Tiefs. Ein Pausen-Tief scheint meist auch ein Beobachtungs-Hoch zu bedeuten.

Die übrigen Abbildungen zeigen die Häufigkeiten für Kontakte der Arten I und II, wieder getrennt in absolute und relative Häufigkeiten und entsprechend aufgetragen.

Abbildung 4 zeigt, daß Kontakte II jeweils ihr Tief erreichen, wenn Pausen ihr Hoch haben: um 8.30 Uhr, 12.30 Uhr und um 17.30 Uhr (d.h. während und unmittelbar nach den Mahlzeiten der Patienten). Die Gipfel liegen dagegen beim Aufstehen und beim Schlafengehen, so daß diese Abläufe Kontakte der Art II hervorzurufen scheinen. Das ist verständlich, denn die Pfleger werden die morgendliche bzw. abendliche Umkleide- und Säuberungsprozedur kaum wortlos vornehmen. Daneben liegen K II-Gipfel offenbar in den ruhigeren Tageszeiten zwischen den Mahlzeiten (10.00 bis 11.00 Uhr, 14.00 bis 15.30 Uhr, 18.30 bis 19.00 Uhr; der Gipfel von 13.00 bis 13.30 Uhr fällt auch in eine ruhe Zeit nach Beginn der Freistunde).

Die Kontakte der Art I verteilen sich recht ähnlich: der

absolute wie der relative Tagesgipfel liegt beim Aufstehen und bei den morgenlichen Hygiene-Verrichtungen. Die Kontakte der Art I erreichen vor und bei Beginn der Mahlzeiten jeweils einen Höhepunkt (Vorab-Füttern, Medizin verteilen, Säubern vor den Mahlzeiten) und fallen kurz danach auf einen Tiefpunkt. Der Zusammenhang mit den Pausen wird wieder deutlich: je höher die P-Frequenzen, umso niedriger die für K I. Die Gipfel um 8.30 Uhr und 13.00 Uhr dürften wie auch der letzte Gipfel vor dem Zubettgehen die Toilettengänge widerspiegeln. Absolut gesehen verteilen sich die Kontakte der Art II gleichmäßiger über den Tag als die Kontakte I, die nach der Mittagszeit deutlich seltener werden, weil die Besetzungsstärke geringer wird (daher kein relatives Nachlassen, K II steigt relativ sogar etwas an). Schwache personelle Besetzung scheint also vor allem zu Lasten von K I zu gehen.

Abbildung 5 stellt wieder die absoluten und relativen Häufigkeiten von K I dar, trennt dabei aber nach solchen Kontakten, die mit Trainees bzw. Non-Trainees stattfanden. Es ergibt sich für die beiden Patientengruppen kein wesentlich verschiedenes Bild; der eine Gipfel, der den Trainees zuzufallen scheint (13.00 Uhr bis 13.30 Uhr), wird das mittägliche Aufsetzen repräsentieren.

Abbildung 6 nimmt die gleiche Darstellung für K II vor. Es fällt auf, daß die Trainees ihren K I- und ihren K II-Gipfel gleichzeitig nach dem Mittagessen haben, eben beim Toilettengang. Am ruhigeren Nachmittag scheinen die Non-Trainees relativ mehr, die Trainees dagegen relativ weniger Kontakte der Art II zu bekommen als am Vormittag. Es scheint, daß K II wahrscheinlicher werden, wenn der Großteil der O-Tätigkeiten geleistet ist, daß aber diese Kontaktvermehrung zugunsten der Non-Trainees und nicht der Trainees geht, die ihren täglichen "Kontaktgipfel" beim Toilettengang zu haben scheinen, mit zwei kleineren Gipfeln genau zwischen den Mahlzeiten gegen 10.00 und 15.00 Uhr.

Zusammenfassung: Erwartungsgemäß bringen die Pflegepersonen den größten Teil ihrer Arbeitszeit mit Tätigkeiten zu, die Kontakt mit Patienten irgendwelcher Art ausschließen, nämlich mit Hauswirtschaftlichem (zu 42 %) und mit Pausen (zu 12 %). Weitere 7 Prozent der Arbeitszeit gehen mit Beobachtung der Pfleglinge, d.h. Herumstehen oder Herumsitzen ohne klaren Kontakt mit Patienten hin, so daß rund 60 Prozent der auf den Stationen zugebrachten Zeit mit kontaktfreien Tätigkeiten ausgefüllt ist (auch wenn Zeit außerhalb der Station und die Tätigkeiten der Personen, die keine Pflegestelle innehaben, gar nicht in die Beobachtung eingehen). Wider Erwarten ist es augenscheinlich selten, daß Patienten durch Inkontinenz oder krasses Fehlverhalten die Aufmerksamkeit des Personals erzwingen, wohl weil dergleichen durch Fixieren von vornherein unterbunden wird.

Von der Zeit, die Pfleger auf den Stationen anwesend sind, verbleiben also rund 40 Prozent für Kontakte mit Patienten, gleich welcher Art. Etwa 14 Prozent der Arbeitszeit wird mit sog. "Primitivkontakten" zugebracht, i.e. Waschen, Füttern, An- und Ausziehen etc. Etwa 26 Prozent der Zeit werden mit verbalen oder quasi-verbalen "höheren" Kontakten wie Spielen, Unterhaltungen, Anweisungen etc. zugebracht. Die Frequenz von Unterricht und Anleitung ist verschwindend gering. Bezüglich der Kontakthäufigkeiten weichen die Stationen bedeutsam voneinander ab, so daß die Frage entsteht, worauf diese verschiedenen Kontaktbereitschaften der Stationen wohl zurückgehen.

Bei Betrachtung des Tagesablaufs zeigt sich, daß Kontakte mit Patienten meist kurz vor den Mahlzeiten und vor allem bei der Morgentoilette und vor dem Schlafengehen aufgenommen werden, also weitgehend mit diesen Routineereignissen gekoppelt zu sein scheinen. Kontakte stehen zeitlich in negativer Beziehung zu Pausen, aber nicht zu organisatorischen Tätigkeiten. Diese O-Tätigkeiten erreichen vor und nach den Mahlzeiten einen Gipfel; trotz der Zentralküche scheinen also die Mahlzeiten noch viel Arbeit mit sich zu

bringen. Der Hauptteil dieser hauswirtschaftlichen Dinge wird am Vormittag erledigt. Kontakte I sind verständlicherweise enger an den Tagesrhythmus einer Station gekoppelt als Kontakte II. Bezüglich Kontakte I ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Trainees und Non-Trainees, was für eine relative Gleichbehandlung ("über-einen-Kamm-scheren") der beiden Gruppen in Bezug auf die tägliche Pflegeroutine spricht. Die Kontakte II mit den Trainees scheinen spärlich und recht gleichmäßig über den Tag verteilt, mit einem "Toilettengipfel" gegen 13.00 Uhr.

Diese Rohzahlen ergeben ein recht düsteres Bild der beschriebenen Einrichtung und stützen die Vermutung, die Patienten seien einem ständigen Kontaktdefizit ausgesetzt, das an Bedingungen sensorischer Deprivation grenzt und das nicht in der Behinderung "eingebaut" ist im Sinne mangelnder Kommunikationsfähigkeit, sondern in der Organisationsstruktur der Abteilungen seine Ursache hat. Folgende Überschlagsrechnung mit Durchschnittswerten macht das anschaulicher: 195 Patienten verteilen sich auf 6 Stationen, so daß durchschnittlich 32.5 Patienten auf einer Station zu finden sind. Abgeleistet und beobachtet wurden im Beobachtungszeitraum 445 Stunden Dienstzeit der Pfleger; bei je 3 Tagen Beobachtungszeit für jede der 6 Stationen entfallen pro Station und Tag 445 : 3 x 6 = 24.72 Stunden abgeleistete Pflegestunden. Auf den einzelnen Patienten kommen somit pro Tag 24.7 : 32.5 = 0.76 Pflegestunden, das sind 45.6 Minuten. Diese teilen sich im Durchschnitt für den einzelnen Pflegling wie folgt auf:

- rund 60 % Non-Kontakt-Tätigkeiten	= 27.36 Min.
- rund 14 % K I-Tätigkeiten	= 6.38 Min.
- rund 26 % K II-Tätigkeiten	= 11.86 Min.
- zusammen 100 %	= 45.60 Min.

D.h. an einem Tag, der ca. 15 Stunden des Wachseins umfaßt, wird ein Patient etwa 18 Minuten lang Kontakt mit einem Betreuer haben, wovon ein gutes Drittel noch auf reine

Pflegeverrichtungen entfällt, die mit Kontakt verbunden sind. Das bedeutet, abgesehen davon, daß der Behinderte morgens zur Toilette geschickt und geführt wird, daß er abgeduscht und evtl. angezogen wird, daß ihm dreimal täglich ein Teller hingestellt und evtl. eine Tablette in den Mund gesteckt wird und daß er abends zu Bett geschickt und evtl. ausgezogen wird, passiert für ihn den ganzen langen Tag so gut wie nichts. Was Beschäftigung, Spiel und Unterhaltung angeht, ist der Behinderte sich selbst überlassen - und sich das zu verschaffen, ist der Schwerbehinderte sicher nicht in der Lage. Die "Versorgung" der Behinderten erweist sich deutlich als ein bloßes Aufbewahren und Erhalten der physischen Existenz; von "Betreuung" oder "Pflege", ganz zu schweigen von "Therapie", darf ehrlicherweise keine Rede sein.

ABBILDUNG 2

Häufigkeiten der Signaturen O,P und B über alle Stationen und alle Beobachtungstage nach Tageszeiten

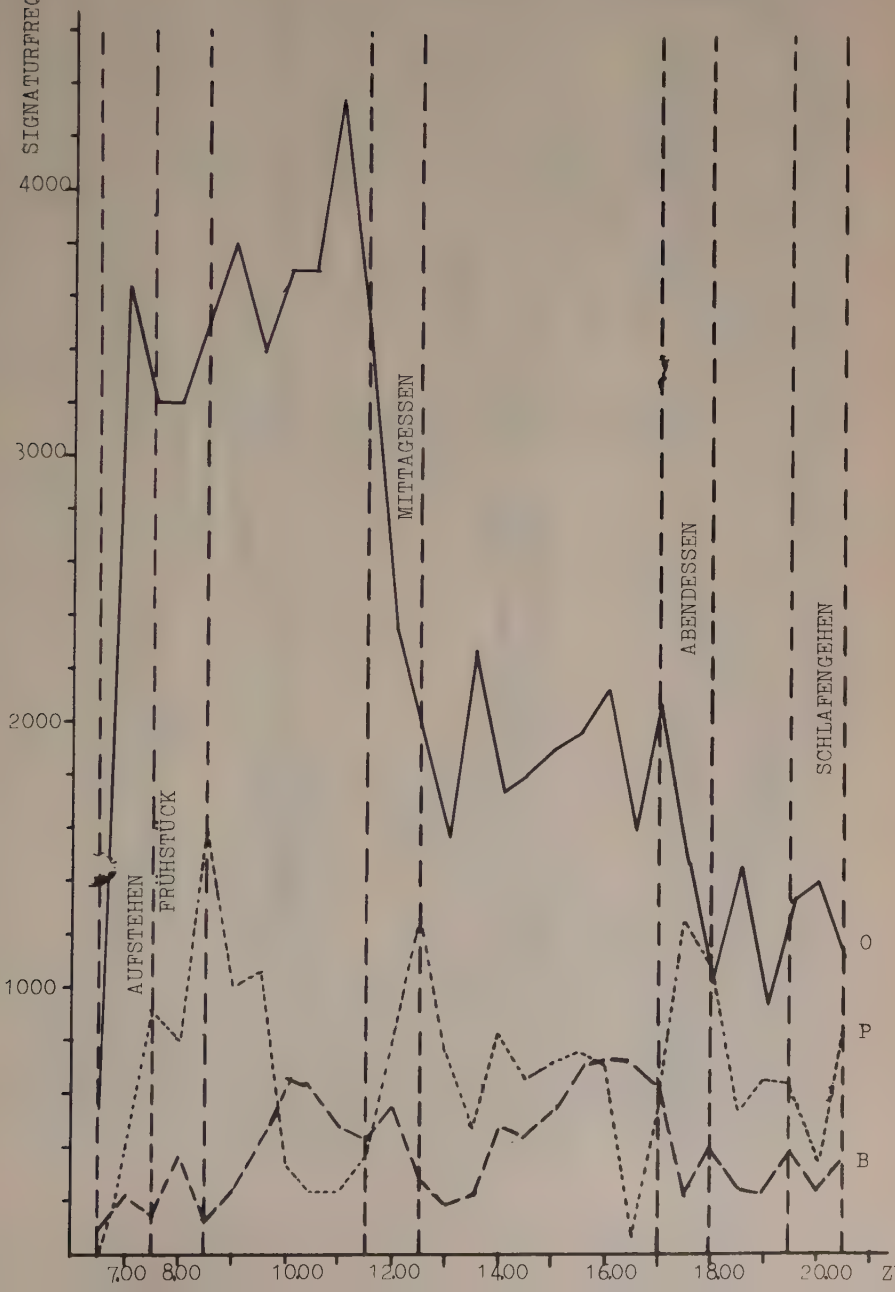


ABBILDUNG 3

O, P und B nach Tageszeiten,
gewichtet für N

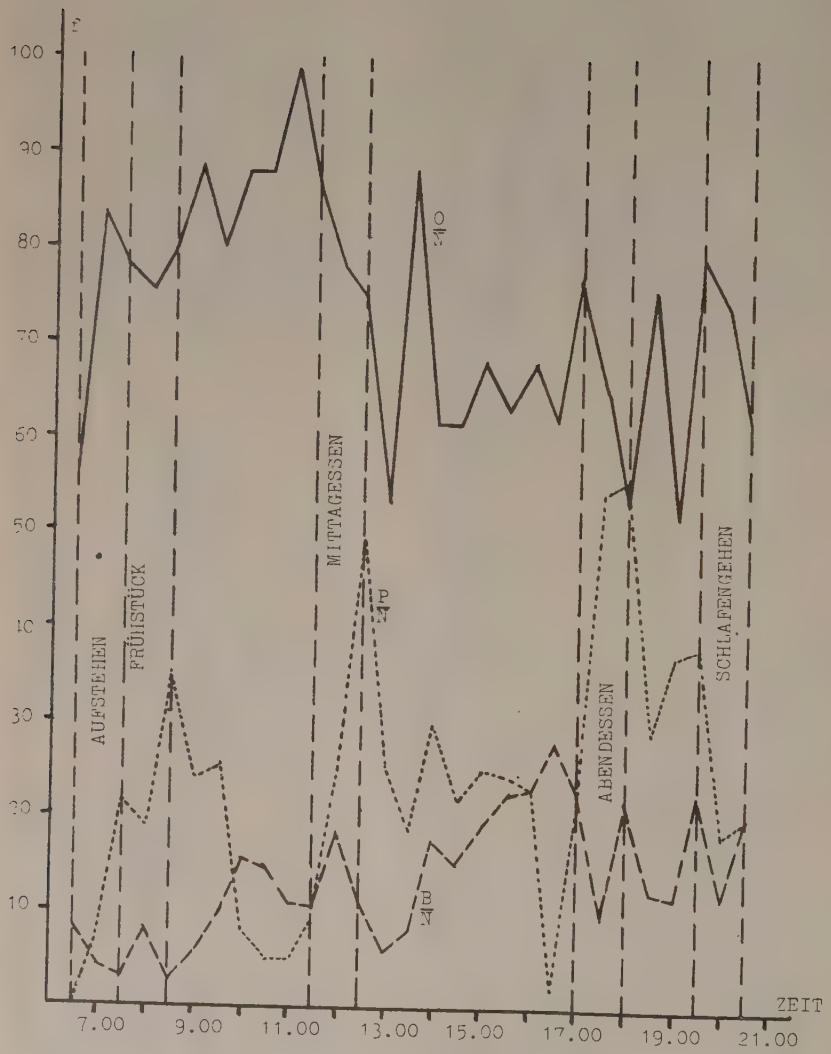


ABBILDUNG 4

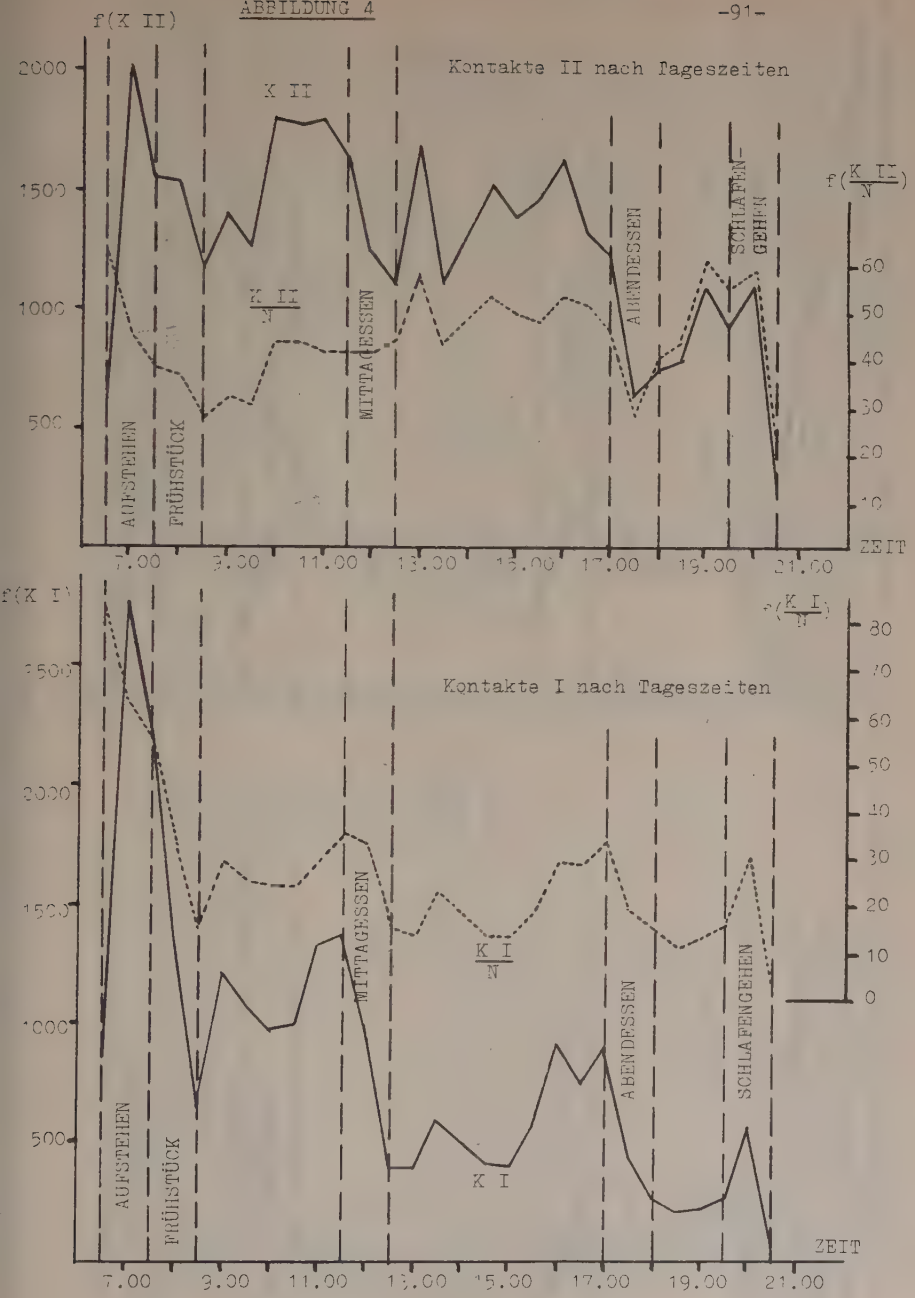
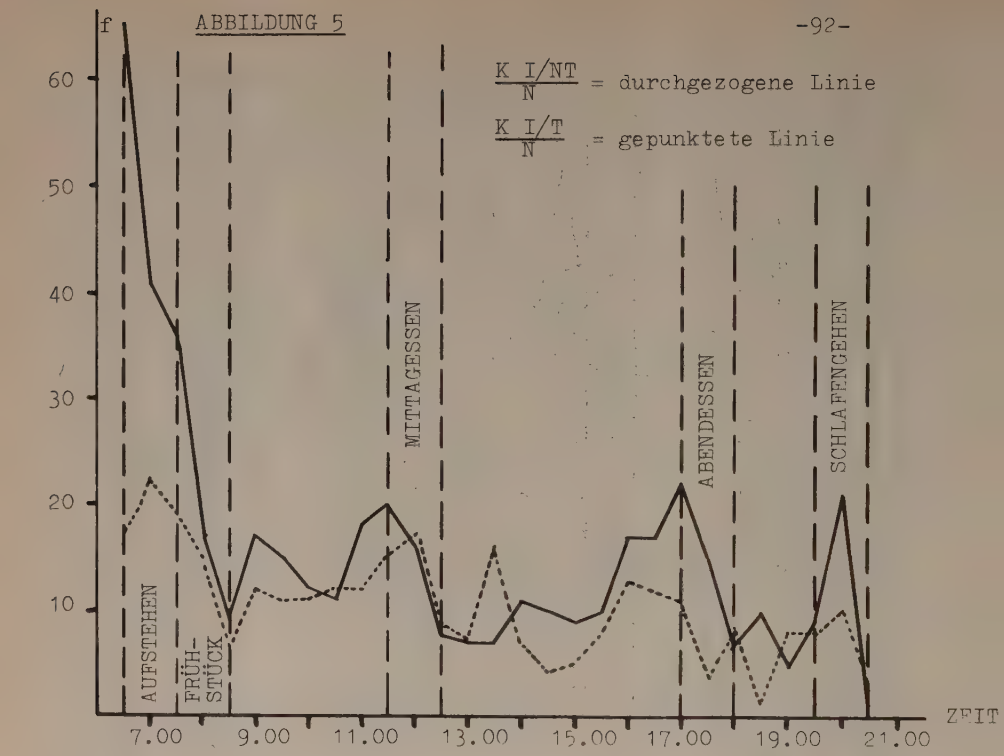
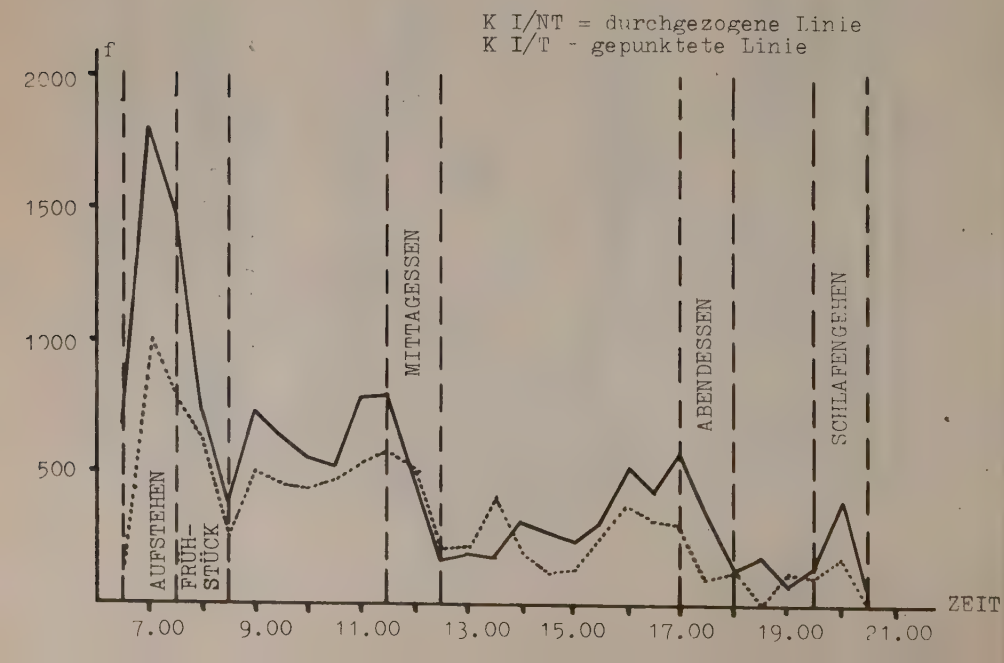

f(K II)
Kontakte II nach Tageszeiten
K II
K II / N
f(K II / N)
AUFSTEHEN
FRÜHSTÜCK
MITTAGESSEN
ABENDESSEN
SCHLAFEN GEHEN
ZEIT
7.00
9.00
11.00
13.00
15.00
17.00
19.00
21.00
f(K I)
Kontakte I nach Tageszeiten
K I / N
K I
ABENDESSEN
SCHLAFENGEHEN

ABBILDUNG 5


f
60
50
40
30
20
10
$\frac{K\ I/NT}{N}$ = durchgezogene Linie
$\frac{K\ I/T}{N}$ = gepunktete Linie
AUFSTEHEN
FRÜH-
STÜCK
MITTAGESSEN
ABENDESSEN
SCHLAFENGEHEN
ZEIT
7.00
9.00
11.00
13.00
15.00
17.00
19.00
21.00


K I/NT = durchgezogene Linie
K I/T - gepunktete Linie
f
2000
1500
1000
500
AUFSTEHEN
FRÜH-
STÜCK
MITTAGESSEN
ABENDESSEN
SCHLAFENGEHEN
ZEIT
7.00
9.00
11.00
13.00
15.00
17.00
19.00
21.00

K II/NT
K II/T
AUFSTEHEN
FRÜHSTÜCK
MITTAGESSEN
ABEND ESSEN
SCHLAFENGEHEN
7.00
9.00
11.00
13.00
15.00
17.00
19.00
21.00

2000
1500
1000
500
K II/NT
K II/T
AUFSTEHEN
FRÜHSTÜCK
MITTAGESSEN
ABEND ESSEN
SCHLAFEN GEHEN
7.00
9.00
11.00
13.00
15.00
17.00
19.00

2.1.3.2. Zahlen bezogen auf Pflegepersonen (ohne Rücksicht auf Patientengruppen)

Beobachtet worden waren insgesamt 32 Pflegepersonen. Da die Anzahl der Gesamt-Kontakte zwischen den Stationen z.T. erheblich schwankte, lag die Vermutung nahe, daß es Pfleger gibt, die mehr Kontaktsignaturen auf sich ziehen als andere (und daß die "Kontaktfreudigkeiten" dieser Personen sich zu den Werten für eine ganze Station kombinieren, versteht sich von selbst). Die 32 Pfleger wurden in eine Rangreihe gebracht, je nach dem gefundenen Prozentsatz ihrer Arbeitszeit, den sie im Kontakt mit Patienten zubrachten; anschließend wurde für jede Person überprüft, ob ihre Kontakthäufigkeit bedeutsam vom Mittel von 38.71 % abweicht. Laut Hypothese a war erwartet worden, daß dies der Fall sei. Die folgende Aufstellung zeigt, daß sich die Erwartung bestätigte.

Betreuer	K %	Abweichung von $\bar{x}$ bedeutsam?	
Har	61.01	p = 0.001	
Lan	59.73	p = 0.001	
Schm	56.80	p = 0.001	
Pom	54.81	p = 0.001	
Klei	53.25	p = 0.01	
Mei	52.39	p = 0.01	
Sie	52.38	p = 0.01	
Gro	48.78	p = 0.05	
Müh	47.29	ns	
Gre	42.88	ns	
Run	41.82	ns	
Wef	41.80	ns	
Har	41.77	ns	
Pog	41.22	ns	
Pop	40.33	ns	
Möl	38.74	ns	$\bar{x}$ = 38.71 %

Betreuer	K %	Abweichung von $\bar{x}$ bedeutsam?
Par	38.47	ns
Bor	38.20	ns
Dit	37.53	ns
Lich	36.32	ns
Gün	35.40	ns
Jan	33.56	ns
Gam	31.96	ns
Bus	30.90	ns
Tho	29.79	ns
Opi	25.99	p = 0.01
HaSch	25.69	p = 0.01
Ger	23.96	p = 0.01
Ree	17.01	p = 0.001
Pfa	14.44	p = 0.001
HoSch	14.37	p = 0.001
Die	13.31	p = 0.001

Die Rangreihe gilt natürlich umgekehrt ebenso für 0 %, da diese Signatur ja weitgehend die Differenz zu 100 % in Anspruch nimmt. Es wird deutlich, wie groß die Variationsbreite der Kontakthäufigkeiten zwischen den Betreuern ist. Sie bringen zwischen 13 und 61 % ihrer Arbeitszeit auf der Station mit Kontakten irgendwelcher Art mit Patienten zu.

Die mit dieser Hypothese gestellte Frage war, ob sich deutlich interpersonelle Unterschiede in Bezug auf Kontakthäufigkeiten würden finden lassen; da dies der Fall war, wurden die so entstehenden Rangreihen von Signaturfrequenzen für Korrelationsrechnungen weiter verwendet. Es war natürlich nicht sinnvoll, jeden Signaturwert jedes Pflegers gegen jeden anderen zu prüfen; statt dessen wurde eine Rangreihe der Signaturhäufigkeit für jede Kontaktart und jede Einzelsignatur erstellt. Damit ließ sich die Information am übersichtlichsten beschreiben, da sie in Rangkorrelations-Koeffizienten ausgedrückt, diese in Kor-

relationsmatrizen zusammengefaßt und die Matrizen wieder faktorisiert werden konnten. Bei 32 Personen ließen sich also jeweils Koeffizienten mit 30 Freiheitsgraden bestimmen. Die Ergebnisse dieses Auswertungsweges sind in Abschnitt 2.1.3.4. dargestellt; die oben angeführte Aufstellung sollte demonstrieren, wie die Rangreihen für Pfleger-Signaturhäufigkeiten zustande kamen. Die Variationsbreite der Prozentanteile jeder Signatur am gesamten Pflegerverhalten ist eine Information, die bei der Verrechnung als Korrelationskoeffizienten natürlich verloren ging. Sie schien andererseits nicht so wichtig, weil die durchschnittlichen Prozentanteile jeder Signatur pro Station ja zur Verfügung stehen. Viel interessanter schien es, die Daten in möglichst umfassender Weise zu beschreiben, statt sie in möglichst detaillierte Angaben aufzusplitten.

Vor allem interessierte die Frage, ob die Dimension "Kontakthäufigkeit eines Pflegers" bzw. "Signaturhäufigkeit" eher von äußeren Umständen seiner Station (Anzahl der Betten, Höhe des Besetzungsschlüssels) abhängt oder von personspezifischen Merkmalen wie Lebensalter, Dienstalter, Ausbildung, Stellung in der Stationshierarchie etc. Auch Persönlichkeitsdimensionen wie Extraversion/Introversion könnten für die Kontakthäufigkeit mitverantwortlich sein. Leider scheiterte die Überprüfung dieser Vermutung an der Weigerung der beobachteten Personen, einen Persönlichkeitsfragebogen auszufüllen, sowie am Verweigern des chefärztlichen Plazets. Es blieben daher nur biographische Grobdaten übrig, die aus der Personalkartei zu entnehmen waren. Soweit sie in eine Rangreihe zu bringen waren (wie Lebens- oder Dienstalter), wurden sie in die Korrelationsmatrizen eingearbeitet. Bei qualitativen Unterschieden (Stellung in der Stationshierarchie, Art der Ausbildung) mußten statistische Unterschiedsprüfungen herangezogen werden, um die Vermutungen b und c zu überprüfen (daß "Kontaktfreude" mit Dienstalter zunehme) sowie einige später neu auftauchende Hypothesen, z.B. daß nicht Dienstalter, sondern

Ausbildungsstand oder Dienstgrad mit Kontaktfreude zu tun habe. Einige solcher Ergebnisse werden im folgenden dargestellt.

Zivildienstleistende (ZDL) nehmen mehr Kontakte zu Patienten auf als reguläre Pflegekräfte. Ursprünglich war das Gegenteil vermutet worden, aber die erste Inspektion der Daten zeigte, daß die Erwartung umgekehrt werden mußte. ZDL sind Wehrdienstpflichtige, die auf begrenzte Zeit für das Aequivalent des Wehrsolds arbeiten. Sie haben wohl eine andere Motivationslage als die regulären Kräfte, da sie nicht auf dem Arbeitsmarkt angeworben worden sind. Obwohl von den 32 Pflegepersonen nur 4 gleichzeitig ZDL waren, ist die höhere Kontaktfrequenz der ZDL so deutlich, daß der Wert Chi^2 zwischen die Signifikanzschranken von $p = 0.05$ und 0.02 fällt. Diese Differenz geht allein auf die Kontakte der Art II zurück. An der Jugend der ZDL allein kann das nicht liegen, denn es gab eine Reihe von ebenfalls jungen Betreuern, die durchaus nicht kontaktfreudig sind.

Abteilungsleiter zeigen höhere O-Frequenzen als ihre Kollegen oder Untergebenen. Abteilungsleiter sind 6 von 32 Personen. Die Vermutung ging ursprünglich ebenfalls in die entgegengesetzte Richtung. Wegen der Modell- und Ausbilderfunktion der Abteilungsleiter (sie sind die unmittelbaren Dienstvorgesetzten aller sonst im Pflegedienst Beschäftigten) war deren Verhalten besonders interessant. Es zeigte sich, daß diese Personen signifikant mehr O-Tätigkeiten verrichteten als ihre Untergebenen (Mann-Whitney-U-Test, $z = 2.56$, $p = 0.0052$, einseitig). Obwohl die Kontaktfrequenzen fast den Kehrwert von 0 bilden, fanden sich keine so deutlichen Abweichungen in den Einzelsignaturen bzw. Gruppen von Kontaktsignaturen mehr. Wahrscheinlich war die Abtrennung kleinerer Sondergruppen wie ZDL oder Abteilungsleiter vom Rest ungünstig.

Kontakte mit Patienten kommen bei der Gruppe der Hilfspfleger eher vor als bei der Gruppe der Vollpfleger.

Auch hier war die Vermutung wieder ursprünglich in die umgekehrte Richtung gegangen. Von den 32 Personen waren 12 "Vollpfleger" und 20 "Hilfspfleger" (die Termini sind in der Einrichtung so üblich). Als Voll- bzw. Hilfspfleger wurden Personen bezeichnet, die nach Auskunft der Personalstelle als solche geführt wurden. In der Regel sind Vollpfleger examinierte Krankenpfleger, aber durchaus nicht immer. Die Hilfspfleger haben in der Regel keinerlei einschlägige Vorbildung; sie sind nur etwas jünger als die Vollpfleger. Die größere Kontakthäufigkeit der Hilfspfleger konnte durch den Test von Mann-Whitney ($p = .01$) und durch eine Punkt-biseriale-Korrelation nachgewiesen werden ($r_{pbis} = - .41$, $p = .05$). Das galt sowohl für K I (Mann-Whitney-Test, $p = .05$, $r_{pbis} = - .32$) als auch für K II (Mann-Whitney-Test, $p = .05$, $r_{pbis} = - .28$). Die Unterschiede werden jedoch deutlicher, wenn beide Kontaktarten zu K gesamt zusammengezogen werden. Erwartungsgemäß sollte der O-Anteil bei den Hilfspflegern wesentlich kleiner sein als an der Arbeitszeit der Vollpfleger. Das war auch deutlich der Fall (Mann-Whitney-Test, $p = .005$, $r_{pbis} = .50$). Diese Signatur trennt am besten zwischen den beiden Gruppen; zieht man die Non-Kontakt-Signaturen O, P und B zusammen, werden die Unterschiede etwas kleiner, aber immer noch gut signifikant (Mann-Whitney-Test, $p = .01$, $r_{pbis} = .43$). (Die Erklärung zeigt sich bei den Interkorrelationen: O und B korrelieren negativ). Von den Einzelsignaturen trennt nur W deutlich zwischen den beiden Gruppen; die Toilettenroutine fällt also in erster Linie den Hilfspflegern zu, ebenso wie die morgendlichen Hygieneverrichtungen (Mann-Whitney-Test, $p = .005$, $r_{pbis} = - .47$). Die Differenz ist klarer als die für K I insgesamt; irgendeine Signatur scheint den Unterschied zu verwischen (aus den Korrelationen wird deutlich, daß das H ist). Nur knapp die Signifikanzgrenze verfehlt übrigens Signatur A, die bevorzugt den Hilfspflegern zukommt; das verschwindend Wenige an Anleitung wird also eher von den Hilfspflegern als von den Vollpflegern er-

teilt.

Für alle Einzelsignaturen wurden die gleichen Statistiken errechnet. Ausnahmslos alle Unterschiede gingen in die generell gesicherte Richtung. Die nur tendenziellen Differenzen bei Einzelsignaturen werden nur in der folgenden Übersicht mit erwähnt:

Signatur	Hilfspfleger kleinerer Wert als Vollpfleger?	p	r_{pbis}	p_r
O	ja	.005	.50	.01
O+P+B	ja	.01	.43	.05
K	nein	.01	-.41	.05
K I	nein	.05	-.32	.1
K II	nein	.05	-.28	ns
W	nein	.005	-.47	.01
N	nein	ns		
A	nein	.1		
G	nein	ns		
R	nein	ns		
S	nein	ns		
V	nein	ns		
K,a,b,d	nein	ns		

Da Schulbildung und Ausbildung natürlich in der Einrichtung wie in anderen Berufen auch die Stellung und die Aufstiegschancen in der Diensthierarchie mitbestimmen, war es wahrscheinlich, daß die Personen mit mehr Jahren an unspezifischer Ausbildung (z.B. Abitur oder mittlere Reife vs. Hauptschulabschluß) oder mit einer höher qualifizierten spezifischen Ausbildung (Krankenpfleger, 3jährige Ausbildung, vs. die einjährige Krankenpflegehilfe-Ausbildung bzw. keiner spezifischen Ausbildung) auch die Abteilungsleiter- und Vollpflegerstellen innehaben würden. Deshalb wäre zu erwarten, daß sie auch mehr O-Tätigkeiten zu Lasten der Kontakte mit Pfleglingen ausführen.

Abitur oder Mittlere Reife besaßen 7 von den 32 beobachteten Personen. Geprüft wurden die Frequenzen der Signaturen O, K,

K I und K II. Da keine bedeutsamen Differenzen gefunden wurden, unterblieb eine weitere Überprüfung einzelner Signaturen. Pflegekräfte mit mehr Jahren an unspezifischer Schulbildung zeigen nicht mehr oder weniger Kontaktverhalten gegenüber Patienten als ihre Kollegen mit Hauptschulabschluß.

Von den 32 beobachteten Personen waren 6 examinierte Krankenpfleger (also mit einer 3jährigen Fachausbildung, allerdings einer von zweifelhafter Relevanz für die Behindertenversorgung), und weitere 8 hatten die einjährige Ausbildung zum Krankenpflegehelfer absolviert. Die übrigen 18 Personen hatten keine einschlägige Berufserfahrung. Zunächst wurde die Gruppe der 6 Krankenpfleger nach ihren mittleren Signaturfrequenzen überprüft. Ausgebildete Krankenpfleger zeigen nicht mehr oder weniger Kontaktverhalten gegenüber Patienten als ihre Kollegen ohne diese Ausbildung.

Die erwartete Differenz tritt jedoch zutage, wenn die Personen mit spezifischer Ausbildung (gleich, ob einjährig oder dreijährig) den Betreuern ohne solche Ausbildung gegenüber gestellt werden (dies sind fast ohne Ausnahmen die sog. "Hilfskräfte", die jedoch vollen Pflegedienst tun). Die Personen mit Fachausbildung zogen in der Beobachtung signifikant mehr O-Signaturen und entsprechend signifikant weniger K-Signaturen auf sich als ihre Kollegen (Mann-Whitney-Test, $\hat{p} = .05$). Der Unterschied nach Kontaktfrequenz insgesamt geht übrigens allein auf Kontakte der Art II zurück.

Diese Informationen sollten nur erste Hinweise zur Orientierung liefern. Zur Zusammenfassung schien ein Verfahren der beschreibenden Statistik wünschenswert, das diese Informationen zusammenziehen konnte. Dazu bot sich die Konfigurations-Frequenz-Analyse (KFA) an (Krauth und Lienert, 1973). Es schien ja, daß eine bestimmte Merkmalskonfiguration bei den Betreuern mit deren Kontaktverhalten in Zusammenhang stand. Da keine Persönlichkeitsdimensionen ge-

messen werden konnten, standen als Dimensionen nur folgende zur Verfügung:

- Lebensalter (über/unter dem Durchschnitt),
- Dienstalter, in Monaten (über/unter dem Durchschnitt),
- Schul- und Berufsausbildung, in Jahren (über/unter dem Durchschnitt),
- Stellung in der Stationshierarchie (Vollpfleger/Hilfspfleger).

Die Dichotomisierung wurde nötig, weil die KFA nur Alternativdaten verarbeiten kann. Eine Darstellung der Einzelergebnisse würde unnötig langatmig; eine Zusammenfassung ist klarer und kürzer.

Die KFA zeigen, daß eine Merkmalskonfiguration hohe Kontaktfrequenzen auf sich vereinigt, nämlich die Hilfspfleger mit unterdurchschnittlichem Lebens- und Dienstalter. Umgekehrt ist ein Antitypus definiert: die Vollpfleger mit überdurchschnittlichem Lebens- und Dienstalter ziehen signifikant weniger Kontaktsignaturen auf sich als andere Merkmalskonstellationen. Die dienstälteren, ranghöheren Personen nehmen statt dessen deutlich mehr O-Tätigkeiten wahr. Die Verschiebung höherer Kontaktfrequenzen zugunsten der jungen Hilfskräfte gilt für K insgesamt ebenso wie für die Untergruppen K I und K II. In allen Fällen ist die Wahrscheinlichkeit des zufälligen Zustandekommens mindestens kleiner als 5 %, meist 2 oder 1 %. (Die Inspektion der Tabellen zeigt, daß bei Verrechnung über das Lebensalter die Unterschiede weniger prononciert sind als bei Verrechnung über das Dienstalter. Da Lebens- und Dienstalter natürlich keine unabhängigen Merkmale sind, die sich frei kombinieren können, dürfen sie nicht in die gleiche KFA eingehen. Für eine KFA mit vier Merkmalspaaren ist das N von 32 auch zu klein. Die Erwartungswerte würden numerisch zu klein und Scheinsignifikanzen wahrscheinlich. Vgl. Krauth und Lienert, 1973.)

Für alle Einzelsignaturen wurden die gleichen KFA berech-

net. Bei ausnahmslos allen Signaturen legte das Gesamt-Chi^2 den gleichen Merkmalstypus wie oben nahe, der sie über- bzw. unterzufällig häufig auf sich zieht ($p = .05$). Wegen der relativ kleinen Zahl der Merkmalsträger wurde jedoch die strengere Signifikanzschranke von Alpha = 1 % gewählt. Bei diesem Verfahren blieben zwei Signaturen übrig, die deutlich bevorzugt auf eine Merkmalsgruppierung entfielen: Die Signaturen R und W entfallen sehr signifikant häufiger auf die Hilfspfleger, die erst kürzer als durchschnittlich in der Einrichtung arbeiten. Das bedeutet, Toilettengänge, Hygieneverrichtungen und An- und Ausziehen sind Tätigkeiten, die vor allem den jungen und rangniedrigeren Mitarbeitern zugeschoben werden. Die älteren, ranghöheren Mitarbeiter beschäftigen sich dagegen vor allem mit den O-Tätigkeiten, die keinen direkten Kontakt mit Patienten mit sich bringen. Bei der Signatur R (Reaktion auf Pfleglingswunsch) könnte die Spekulation gewagt werden, daß vor allem junge, unerfahrene Kräfte auf Versuche der Patienten eingehen, Kontakt aufzunehmen, während erfahrene, ältere, ausgebildete Pfleger sich weniger zu Patientenkontakten verleiten lassen.

Die ursprüngliche Erwartung, daß junge, unerfahrene Mitarbeiter vor allem die Signaturen K, a, b und d auf sich ziehen, also durch unerwünschtes Verhalten der Patienten manipuliert würden, hat sich nicht bestätigt. Die Signaturen K, a, b und d sind insgesamt so selten, daß sie nicht ins Gewicht fallen.

Zusammenfassung: Es zeigte sich, daß entgegen den ursprünglichen Erwartungen und der offiziellen Aufgabenverteilung Tätigkeiten, die mit Patientenkontakten irgendwelcher Art verbunden sind, eher den jungen, unausgebildeten Hilfskräften zufallen als den "Vollpflegern". Vor allem das Waschen und Baden, Zur-Toilette-Führen und das An- und Ausziehen fällt den jungen, rangniederen Mitarbeitern zu, während die kontaktfreien O-Tätigkeiten bevorzugt von den ausgebildeten, dienstälteren Kräften verrichtet werden.

Offenbar führt wachsende Erfahrung mit Behinderten in Anstalten bzw. zunehmendes Dienstalter nicht dazu, daß bereitwilliger und mehr mit den Behinderten kommuniziert wird, sondern umgekehrt. Dies gilt für "niedrige" wie "höhere" Kontakte sowie für alle Einzelsignaturen, besonders deutlich aber für R. Auch die Erwartung, daß unerfahrene junge Kräfte besonders häufig unerwünschtes Verhalten der Patienten durch Beachtung verstärken, bestätigte sich nicht.

2.1.3.3. Ergebnisse bezogen auf Pflegepersonen bei Differenzierung der Pfleglinge nach Trainees und Non-Trainees

a- Eine der grundlegendsten Erwartungen, die die ganze Beobachtung nötig zu machen schien, bestand darin, daß die inkontinenten Patienten (Trainees) eben durch dieses inadaequate Toilettenverhalten zu Lasten der Non-Trainees mehr Kontakte auf sich ziehen würden, als ihnen bei gleichmäßiger Verteilung der Kontakte zukäme.

Die Erwartung wurde durch einen simplen Chi^2-Test für jede Station überprüft.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	-----	ns
55/57	4.14	p = .05 zugunsten der NT
33/35	-----	ns
45/47	17.89	p = .001 zugunsten der T
29/31	-----	ns
41/43	5.84	p = .01 zugunsten der NT
Gesamt	-----	ns

Die Erwartung bestätigte sich also nicht. Behandelt man alle Kontakte durch ein Pooling als gleichartig, so ergeben sich Differenzen teils zugunsten der einen, teils zugunsten der anderen Patientengruppe, die sich insgesamt aufheben. Die Bedeutung der Unterschiede ist unklar. Implizit geht diese

Erwartung allerdings von der Annahme aus, es gäbe nur einen, einheitlichen Kontaktstil allen Patienten gegenüber. Dies schien jedoch schon bei der Hypothesenbildung zweifelhaft, so daß die beiden nächsten Erwartungen formuliert wurden. Ziehen die Trainees vor allem die "niedrigen" Kontakte der Arzt I auf sich, die Non-Trainees dagegen die "höheren" der Art II, so bestünden zwei verschiedene Kommunikationsstile, innerhalb deren jeweils eine Patientengruppe bevorzugt würde; bei einem Zusammenfassen der Kontaktarten zu einem Globalwert würde diese Doppelgleisigkeit gerade wieder verwischt.

b- Bei den Trainees wurde erwartet, daß sie vorwiegend die Signaturen N, W, H, K, a, b und d auf sich ziehen würden, weil sie durch unerwünschtes Verhalten und Hilflosigkeit im Selbstregelungsbereich ein Mehr an Kontakten erzwingen. Zur Überprüfung wurden die Signaturen K, a, b und d wegen ihrer Seltenheit beiseite gelassen und die drei restlichen zunächst einmal zu K I zusammengefaßt. Die Stationen wurden wieder erst einzeln und dann insgesamt betrachtet; die Prüfstistik war hier wie in den folgenden Aufstellungen immer Chi^2.

Hypothese: T bekommen mehr K I (N + W + H) als N T.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	----	ns
55/57	----	ns
33/35	4.28	p = .05
45/47	162.64	p = .001
29/31	8.87	p = .01
41/43	4.63	p = .05
Gesamt	10.91	p = .001

Die Vermutung bestätigte sich in 4 von 6 Fällen bzw. Stationen sowie insgesamt. Tendenzen in umgekehrter Richtung als der erwarteten zeigten sich nicht.

c- Bei den Non-Trainees war erwartet worden, daß sie be-

vorzugt Kontakte der Art II (R + A + G + S + V) auf sich ziehen würden, weil sie eher zu sozialer konventioneller Kommunikation in der Lage sind.

Hypothese: NT bekommen mehr K II (R + A + G + S + V) als T.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	13.5	p = .01
55/57	9.22	p = .01
33/35	8.91	p = .01
45/47	-----	ns
29/31	-----	ns
41/43	24.58	p = .001
Gesamt	5.75	p = .05

Die Hypothese bestätigte sich für 4 von 6 Stationen und für das Gesamt. Tendenzen in umgekehrter Richtung als der erwarteten zeigten sich nicht.

Es wurde weiter in der gleichen Weise überprüft, ob die Zusammenfassung dieser Untersignaturen zu K II sinnvoll ist, denn die Gruppierung war ja impressionistisch und nicht empirisch zustande gekommen (darüber geben die Faktoranalysen im nächsten Abschnitt noch zusammenhängender Auskunft). Ist die Zuordnung also sinnvoll, müßten die Einzelsignaturen der Gruppe K II, falls sie überhaupt vom Erwartungswert der Nullhypothese abweichen, dies immer zugunsten der Non-Trainees tun. Diese Folgerung wurde für jede Signatur und Station wieder mit der Statistik Chi^2 überprüft.

Hypothese: Die Signatur G (Gespräch, Spiel) entfällt bevorzugt auf die NT.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	19.79	p = .001
55/57	9.30	p = .01
33/35	17.36	p = .001
45/47	-----	ns
29/31	-----	ns
41/43	44.32	p = .001
Gesamt	10.50	p = .01

Die Hypothese bestätigt sich für 4 der 6 Stationen wie für das Gesamt. Alle Unterschiede gehen in die erwartete Richtung. Die Zuordnung der Signatur G zu K II scheint stichhaltig (was die Interkorrelationsmatrix bestätigen wird; der Koeffizient ist sehr hoch).

Hypothese: Die Signatur R (Reaktion auf Patientenwunsch) entfällt bevorzugt auf die NT.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	51.83	p = .001
55/57	15.32	p = .001
33/35	36.90	p = .001
45/47	-----	ns
29/31	-----	ns
41/43	28.37	p = .001
Gesamt	15.18	p = .001

Die Hypothese bestätigt sich für 4 der 6 Stationen und für das Gesamt. Alle Unterschiede gehen in die erwartete Richtung. Die Zuordnung der Signatur R zu K II scheint sinnvoll.

Hypothese: Die Signatur V (Verbote, Anweisungen) entfällt bevorzugt auf die NT.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	9.31	p = .01
55/57	7.65	p = .01
33/35	25.75	p = .001
45/47	-----	ns
29/31	-----	ns
41/43	17.38	p = .001
Gesamt	-----	ns

Die Hypothese kann für 4 von 6 Stationen beibehalten werden, bestätigte sich aber nicht für das Gesamt. Abweichungen fanden sich nur in der erwarteten Richtung. Die Zuordnung der Signatur zu K II scheint vertretbar.

Hypothese: Die Signatur S (Spontane Kontaktaufnahme) entfällt bevorzugt auf NT.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	14.54	p = .001
55/57	6.25	p = .002
33/35	-----	ns
45/47	-----	ns
29/31	-----	ns
41/43	6.39	p = .02
Gesamt	-----	ns

Die Hypothese bestätigte sich für drei Stationen, nicht aber für drei weitere und das Gesamt. Da jedoch keine Unterschiede entgegen der Erwartungsrichtung gefunden wurden, schien die Zuordnung von S zu K II vertretbar.

Hypothese: Die Signatur A (Anleitung) entfällt bevorzugt auf die NT.

Station	Chi^2	Signifikanz
17	-----	ns
55/57	14.90	p = .001
33/35	37.80	p = .001 zugunsten der T
45/47	-----	ns
29/31	23.86	p = .001 zugunsten der T
41/43	12.90	p = .001
Gesamt	-----	ns

Die Hypothese bestätigt sich für zwei Stationen, für zwei weitere ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede, und für die zwei restlichen Stationen gingen die Differenzen in die entgegengesetzte Richtung, so daß insgesamt alle Differenzen einander aufhoben. A ist offenbar eine Art von Kontakt, die nicht einer Pfleglingsgruppe vorbehalten bleibt.

Mit Ausnahme der Signatur A entfallen die anderen Bestandteile der Oberkategorie K II also bevorzugt auf die Non-Trainees. Das gilt durchgängig jedoch nur für 4 der 6 Stationen. Die Werte einfach über alle Stationen zu mitteln, wäre u.U. deshalb ein Informationsverlust, der Ergebnisse verwischen kann. Es scheint nämlich zwei "atypische" Stationen zu geben, 45/47 und 55/57. Beide beherbergen nur ganz wenige Trainees, aber 45/47 scheint ihre drei Trainees stark zu bevorzugen, was Kontakte angeht, 55/57 das Gegenteil zu tun (diese Station ist der sog. "Wachsaal", wohin "schwierige" Patienten "strafversetzt" werden; das durchschnittliche Patientenniveau ist dort deutlich höher als auf den anderen Stationen).

Abgesehen von diesen beiden Stationen scheinen die Abteilungen, die viele Trainees beherbergen und ein relativ niedriges Patientenniveau haben, die Non-Trainees und die "höheren" Kontakte zu bevorzugen. In den Korrelationsmatrizen finden sich weitere Hinweise in dieser Richtung. Sie schlagen nur als Tendenzen oder Hinweise zu Buche, weil sie eben wegen der beiden "atypischen" Stationen die Signifi-

kanzschranken zu verfehlen scheinen.
d- Es war nach den eben dargestellten Hinweisen wahrscheinlicher geworden, daß das Pflegepersonal zwei verschiedene Kontaktstile benutzt, je einen für die Trainees und die Non-Trainees. Dieser Frage wurde weiter nachgegangen. Statt der Bevorzugung von Signaturen bzw. Patientengruppen auf den einzelnen Stationen nachzugehen, schien es angebrachter zu prüfen, wieweit Pflegepersonen eine der Patientengruppen im Kontakt bevorzugen bzw. ob diese Personen dabei eher Kontakte der Art I oder der Art II benutzen. Möglicherweise würde das Bild auf diese Weise einheitlicher und einfacher, da es nicht mehr durch die beiden Stationen, die wahrscheinlich eine Sonderstellung einnehmen, verwischt würde.

Zunächst stellte sich die Frage, ob es Personen gäbe, die die Non-Trainees bei Kontakten - gleich welcher Art - bevorzugten, und wenn ja, welche Personen das sein könnten. Dies war einfach dadurch zu prüfen, daß jeweils ein Chi^2-Test für jede der 32 Pflegepersonen durchgeführt wurde, der das Ausmaß ihrer Abweichung von der normalen Kontaktfrequenz ausdrückte. Die beobachteten Personen wurden sodann in eine Rangreihe gebracht, je nach dem Maß ihrer Bevorzugung der einen oder anderen Patientengruppe.

Hypothese: Es gibt Pfleger, die die Non-Trainees bei Kontakten insgesamt bevorzugen. Diese Personen sind in der Mehrheit denen gegenüber, die umgekehrt bevorzugt Kontakte mit Trainees aufnehmen.

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung d. Abweichung
Müh	34.47	p = .001	zugunsten NT
HaSch	24.04	p = .001	"
Pfa	22.37	p = .001	"
Ree	19.99	p = .001	"
Run	16.08	p = .001	"
Bor	12.35	p = .001	"
Har	12.14	p = .001	"

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung d. Abweichung
Sie	10.75	p = .01	zugunsten NT
Die	10.47	p = .01	"
Ger	9.49	p = .01	"
Möl	8.88	p = .01	"
Opi	7.29	p = .01	"
Gro	6.82	p = .01	"
Par	5.11	p = .05	"
HoSch	3.95	p = .05	"
Jan	3.78	ns	"
Gün	3.41	ns	"
Gam	3.14	ns	"
Wef	3.03	ns	"
Pop	1.29	ns	"
Lich	0.78	ns	"
Har	0.44	ns	"
Pog	0.04	ns	"
Tho	0.02	ns	zugunsten T
Dit	0.77	ns	"
Gre	2.04	ns	"
Pom	3.52	ns	"
Kle	6.88	p = .01	"
Lang	19.92	p = .001	"
Schm	25.55	p = .001	"
Bus	29.81	p = .001	"
Mei	111.97	p = .001	"

Diese Aufstellung zeigt, daß die Mehrzahl der Pflegekräfte erwartungsgemäß insgesamt mehr Kontakte zu den Non-Trainees aufnimmt als zu den Trainees, also die NT relativ bevorzugt, da sich die Kontakte offenbar nicht gleichmäßig auf die Patienten verteilen. Fast die Hälfte, nämlich 15 von 32 Pflegepersonen, bevorzugt die NT in signifikantem Ausmaß, und weitere 8 Personen tun das tendenziell. Die verbleibenden 9 Personen bevorzugen umgekehrt die Trainees in ihren Kontakten, fünf davon in signifikantem Ausmaß.

Diese Eigenschaft im Kontaktverhalten wurde in die Korrelationsmatrizen mitverarbeitet; sie heißt dort als Meßwert-Rangreihe "Bevorzugung der Non-Trainees (bzw. Benachteiligung)", abgekürzt BVZG NT.

Es lag die Vermutung nahe, die relative Bevorzugung der Trainees bzw. der Non-Trainees könnte durch die zugewiesene Tätigkeit bedingt sein, also mit der Stellung auf der Station zusammenhängen. Um dies zu prüfen, wurden wiederum die Gruppierungen Abteilungsleiter/Vollpfleger/Hilfspfleger gebildet; die Prüfung wird hier eingeschoben, weil die Variable "Funktion auf der Station" nicht in eine kontinuierliche Verteilung gebracht und deshalb nicht in die Interkorrelationsmatrizen eingearbeitet werden konnte.

Es schien wahrscheinlich, daß vor allem die Hilfspfleger mit dem Waschen und Füttern der unselbständigsten Patienten beauftragt werden könnten. Dies könnte sich darin zeigen, daß die Hilfspfleger gegenüber den Vollpflegern die Trainees bevorzugen, d.h. relativ mehr Kontakte mit ihnen haben als Vollpfleger. Bei der Prüfung mit dem Chi^2-Test ergab sich jedoch keine nennenswerte Abweichung vom Erwartungswert (d.h. von den Gesamtkontakten mit Trainees hatten die Hilfskräfte etwa den Anteil, den sie auch an den beobachteten Personen stellten). Die Hilfskräfte bevorzugen also die Trainees nicht, wohl weil sie, wenn sie Pflegeroutine im Alltag vor allem übernehmen, Trainees wie Non-Trainees ohne Unterschiede versorgen (das Waschen oder Rasieren geht z.B. wie am Fließband vor sich, ohne Rücksicht darauf, ob der Patient die Verrichtung bei etwas Anleitung vielleicht auch einigermaßen selbständig verrichten könnte). Umgekehrt bevorzugen jedoch die Vollpfleger ($N = 20$) im Kontakt deutlich die Non-Trainees ($Chi^2 = 4.89$, $p = .05$). Diese Personen nehmen also insgesamt nicht nur weniger Kontakt mit Patienten auf als die Hilfspfleger, sondern sie tun es auch bevorzugt mit den Non-Trainees, wenn sie Kontakt aufnehmen. Sie scheinen also mit den Trainees wenig zu tun zu haben (wir werden sehen, daß die Trainees aber

gerade die Patienten mit dem engsten Verhaltensrepertoire und den eingeschränktesten Kommunikationsmöglichkeiten sind, die die erfahrensten Betreuer wohl am nötigsten hätten).

e- Es wurde erwartet, daß die Trainees ein engeres Verhaltensrepertoire haben und deshalb "primitive" Kommunikationsformen brauchen, d.h. Kontakte der Art I, um überhaupt etwas Zuwendung zu bekommen. Wenn das so ist, wäre zu erwarten, daß diese Patienten in bezug auf Kontakte I - relativ bevorzugt werden, weil sie durch Hilflosigkeit und Unselbständigkeit mehr Hilfestellungen erzwingen als die Non-Trainees. Die Hypothese ergibt sich auch aus der Definition der Signaturen W, N und H. Es wurden wiederum Chi^2-Tests für alle 32 beobachteten Personen durchgeführt. Je nach Richtung und Ausmaß der Abweichung der K I-Frequenz mit T oder NT einer Person vom Erwartungswert wurde wieder eine Rangreihe gebildet.

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
Ree	20.00	p = .001	zugunsten NT
HoSch	13.51	p = .001	"
Run	11.84	p = .001	"
Ger	8.71	p = .01	"
Sie	6.74	p = .01	"
HaSch	5.70	p = .02	"
Müh	3.66	ns	"
Wef	3.20	ns	"
Pfa	1.52	ns	"
Die	0.62	ns	"
Opi	0.02	ns	zugunsten T
Tho	0.19	ns	"
Har	0.26	ns	"
Gün	0.43	ns	"
Pop	1.15	ns	"
Pog	1.36	ns	"
Par	3.53	ns	"
Möl	5.68	p = .02	"
Jan	5.89	p = .02	"

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
Bor	6.43	p = .02	zugunsten T
Dit	12.78	p = .001	"
Gro	13.98	p = .001	"
Gre	19.93	p = .001	"
Schm	21.16	p = .001	"
Gam	21.44	p = .001	"
Lich	31.32	p = .001	"
Lan	42.68	p = .001	"
Kle	44.33	p = .001	"
Ham	45.11	p = .001	"
Bus	73.83	p = .001	"
Pom	77.83	p = .001	"
Mei	278.91	p = .001	"

Das Ergebnis ist also bei weitem nicht so eindeutig wie erwartet. Rund die Hälfte der Betreuer bevorzugen die Trainees nicht signifikant, d.h. sie neigen dazu, auch Non-Trainees zu baden, an- und auszuziehen, zu füttern, zur Toilette zu führen und ähnliches mehr (wahrscheinlich unnötigerweise, wie das sehr viel höhere Niveau der NT im Selbsthilfebereich zeigt, s. 3.1.3.). Zehn Betreuer bevorzugen auch bei K I die NT, sieben davon in signifikantem Ausmaß. Von diesen Personen arbeiten sechs bzw. vier auf der Station 55/57, dem sog. "Wachsaal" mit den disziplinär problematischen Patienten, der im Verdacht steht, besonders wenig Kontakte anzubieten und besonders stark die NT zu bevorzugen. Es war also zu Unrecht erwartet worden, daß die Trainees bezüglich Kontakt der Art I praktisch immer deutlich bevorzugt würden, was geradezu in die Definition dieser Signaturen "eingebaut" schien. Die Erwartung bestätigte sich jedoch nur für die Hälfte der beobachteten Personen.

f- Schließlich war (gewissermaßen in Umkehrung zu e-) erwartet worden, daß die Non-Trainees über breitere Verhaltensrepertoires und damit auch über konventionellere Weisen der Kommunikation verfügen. Sie werden damit beim

Personal mindestens intermittierend Zuwendung und soziale Verstärkung erlangen. Dies sollte sich darin niederschlagen, daß die NT bevorzugt die K II-Signaturen auf sich ziehen. Das Vorgehen war das gleiche wie oben.

Die Aufstellung der Quasi-Rangreihe zeigt, daß in diesem Fall die Erwartung recht klar bestätigt wurde: 28 von 32 Personen bevorzugen die NT bei verbalen oder quasi-verbalen Kontakten, in 19 Fällen in sehr signifikantem Ausmaß. Nur 4 Pflegepersonen verhalten sich entgegen der Erwartung (sie arbeiten übrigens auf 3 verschiedenen Stationen), indem sie auch bei Kontakten der Art II die Trainees bevorzugen. Die Bevorzugung ist hier viel deutlicher als im Falle der K I bei den Trainees.

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
Müh	53.87	p = .001	zugunsten NT
Opi	29.57	p = .001	"
Gro	28.83	p = .001	"
Har	28.19	p = .001	"
Par	24.64	p = .001	"
Ham	22.03	p = .001	"
Ree	20.00	p = .001	"
Jan	18.88	p = .001	"
Möl	18.84	p = .001	"
HaSch	18.65	p = .001	"
Pfa	17.99	p = .001	"
Bor	17.75	p = .001	"
Pop	17.73	p = .001	"
Run	16.90	p = .001	"
Die	13.84	p = .001	"
Sie	13.26	p = .001	"
Gün	10.91	p = .001	"
Ger	9.86	p = .01	"
HoSch	6.83	p = .01	"
Gam	3.58	ns	"
Wef	2.80	ns	"
Pog	2.77	ns	"

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
Dit	2.53	ns	zugunsten NT
Lich	1.93	ns	"
Gre	0.29	ns	"
Tho	0.20	ns	"
Pom	0.14	ns	"
Kle	0.02	ns	"
Lan	5.15	p = .05	zugunsten T
Bus	8.10	p = .01	"
Schm	29.73	p = .001	"
Mei	43.37	p = .001	"

Anhand der Aufstellungen nach Personen und Bevorzugung von K I bzw. K II und Trainees bzw. Non-Trainees wurde es möglich, die Vermutung differenzierter zu prüfen, daß es einen persönlichen Kontaktstil der Pflegepersonen gegenüber den Patienten gebe; Pfleger, die NT bevorzugen, sollten das dann durchgängig in allen Kontaktarten tun, ebenso entsprechend bei Bevorzugung von T. Die Vermutung ist prüfbar, indem die aufgeführten Aufstellungen nach Personen als Rangreihen behandelt und nach Spearmans Methode korreliert werden. Die Reihen können ja als Kontinua betrachtet werden, die von deutlicher NT-Bevorzugung über einen Bereich relativer Ausgewogenheit (Kontakte an T und NT einigermaßen "gerecht" verteilt) zur deutlichen T-Bevorzugung reicht. Die Vermutung eines personspezifischen Kontaktstils würde gestützt, wenn alle Korrelationen zwischen den Bevorzugungen der einen oder anderen Gruppe, also bezüglich K %, K I % und K II %, positiv sind. Das war der Fall:

Koeffizient	r_s	Signifikanz
BVZG NT bei K I/BVZG NT bei K II	r_s= .51	p = .001
BVZG NT bei K /BVZG NT bei K I	r_s= .77	p = .001
BVZG NT bei K /BVZG NT bei K II	r_s= .81	p = .001

Wer NT oder T bevorzugt, tut dies in beiden Gruppen von Signaturen; dies gilt, obwohl K I und K II im Ausmaß, d.h.

in der Häufigkeit, nicht korrelieren. Über die Ursachen eines solchen persönlichen Kontaktstils kann nichts ausgesagt werden; er mag ebensogut durch Persönlichkeitsvariable wie durch die Job-Definition oder irgendwelche äußeren Umstände oder eine Kombination davon bedingt sein.

Eine weitere Möglichkeit war die, daß es Pflegepersonen gebe, die insgesamt eher Kontakte der Art I bzw. II verwenden, auch wenn die Gruppe der Kontaktpartner, also T oder NT, außer acht gelassen wird. D.h. weichen bestimmte Personen vom Erwartungswert, dem Verhältnis der K I / K II über alle Stationen bzw. Personen deutlich ab? Die Ergebnisse wurden wieder mit Chi^2-Tests für jede Person geprüft und in eine Rangreihe bzw. ein Quasi-Kontinuum gebracht. Diese Rangreihe ist in die Interkorrelationsmatrizen als Dimension "Bevorzugung K II" eingearbeitet. Diese Reihe muß sich - definitionsgemäß - in der Mitte durch einen Indifferenzpunkt teilen. Das tut sie auch; zudem ist die Zahl der signifikanten Abweichungen vom mittleren Verhältnis nach beiden Seiten hin gleich groß, nämlich jeweils 9 Personen.

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
Ree	46.35	p = .001	Zugunsten K II
Bor	31.58	p = .001	"
Run	22.18	p = .001	"
Die	18.54	p = .001	"
Möl	13.01	p = .001	"
Kle	11.42	p = .001	"
Pom	7.51	p = .01	"
Müh	5.00	p = .05	"
Pfa	4.43	p = .05	"
Har	1.67	ns	"
Lich	1.14	ns	"
Jan	0.19	ns	"
Gün	0.03	ns	"
Sie	0.02	ns	"
Mei	0.01	ns	"
Gro	0.01	ns	"

Name	Chi^2	Signifikanz	Richtung der Abweichung
HaSch	0.01	ns	Zugunsten K I
Gre	0.09	ns	"
Par	0.12	ns	"
Ger	0.93	ns	"
Bus	2.59	ns	"
HoSch	3.60	ns	"
Schm	3.88	p = .05	"
Dit	4.24	p = .05	"
Opi	5.65	p = .02	"
Pog	7.88	p = .01	"
Wef	9.33	p = .01	"
Pop	12.28	p = .001	"
Lan	13.52	p = .001	"
Gam	13.92	p = .001	"
Tho	37.93	p = .001	"

Eine Reihe von Vermutungen ging dahin, daß sich systematische Beziehungen finden würden zwischen den "Bevorzugungs-Skalen" (von K I bzw. K II einerseits und NT bzw. T andererseits) und Merkmalen wie Dienstalter, Stellung in der Stationshierarchie, Kontaktfrequenz etc. Zwischen diesen Merkmalen überzufällig häufige Kombinationen aufzudecken, schien die Methode der Konfigurations-Frequenz-Analyse wiederum geeignet. Bei allen möglichen Dreier-Kombinationen deckte jedoch keine der Einzelanalysen einen überzufällig häufigen bzw. seltenen Zusammenhang auf. Auf weitere KFA wurde daher verzichtet.

Statt dessen wurde überprüft, ob sich Korrelationen finden ließen zwischen den Variablen, die in die KFA eingegangen waren. Die durch das Rechenverfahren der KFA notwendige Dichotomisierung der Daten an sich kontinuierlicher oder quasi-kontinuierlicher Datenreihen stellt einen erheblichen Informationsverlust dar und könnte als Vorgehen so grob sein, daß Zusammenhänge so nicht sichtbar gemacht werden können, obwohl sie durchaus vorhanden sind. Es schien

daher sinnvoll, die Daten weniger allgemein, aber mit einem sensibleren Verfahren zu beschreiben, eben mit Korrelationen, die ja die Verallgemeinerung leicht zulassen, indem sie in Matrizen angeordnet und faktorisiert werden. Dieses Vorgehen ist im folgenden Abschnitt 2.1.3.4. dargestellt. Das bedeutet auch, daß in den Korrelationsmatrizen Häufigkeitsdaten mit anderen quantitativ ausdrückbaren Dimensionen vermengt werden (wie etwa Lebensalter, Ausmaß der Abweichung von einem Erwartungswert u.ä.). Bei der Betrachtung der Matrizen ist es vielleicht oft klärend, sich vor Augen zu halten, welche Art von Daten gerade diskutiert wird.

Zusammenfassung: Die Erwartung, daß die inkontinenten Patienten mehr Kontakte auf sich ziehen würden, als ihnen bei gleichmäßiger Verteilung zukäme, erfüllte sich nicht. Die Vermutung bestätigte sich jedoch für die Kontakte der Gruppe I allein; demgegenüber wurden die Non-Trainees bezüglich der Kontakte der Art II bevorzugt. Es scheinen also zwei Kontaktstile für die zwei Patientengruppen zu bestehen; die Unterschiede werden verwischt, wenn man dies außer Betracht läßt. Vor allem die Signaturen G und R werden bevorzugt im Umgang mit den Non-Trainees gebraucht, was die Vermutung stützt, daß die inkontinenten Patienten diese konventionelleren Kommunikationsmuster nicht zur Verfügung haben. Die verschiedenen Kontaktstile fanden sich auch bei Aufschlüsselung der Daten nach Personen. Die Mehrzahl der Pfleger bevorzugte zwar die Non-Trainees bei Kontakten insgesamt (wobei die Differenz bei Pooling der Daten verschwindet), und dies waren vor allem die Vollpfleger, aber dies ging vor allem auf das Konto der Kontakte der Art II. Die Kontakte der Art I verteilen sich gleichmäßiger auf die Patientengruppen und gehen keineswegs - wie erwartet - fast ausschließlich an die inkontinenten Patienten. Die Kontakte der Art II scheinen gewissermaßen das Privileg der Non-Trainees zu sein, während Kontakte der Art I mehr oder weniger allen Pfleglingen

zugute kommen. Unter den Pflegepersonen gibt es wiederum deutlich Personen, die Kontakte der Art I bzw. II bevorzugen, ohne Rücksicht auf die Patienten. Es gelang bisher jedoch nicht, eine systematische Beziehung zwischen den Bevorzugungen von Patientengruppen oder Kontaktarten und anderen persönlichen Merkmalen zu finden. Dies könnte jedoch an der mangelnden Sensibilität der Rechenmethode gelegen haben.

2.1.3.4. Ergebnisse bezogen auf das Kategoriensystem - Faktorenstruktur der Signaturen

Es wurden aus den Datensätzen Korrelationskoeffizienten errechnet, die in zwei Matrizen zusammengefaßt und jeweils faktorisiert wurden. Entsprechend werden hier vier Unterabschnitte gebildet: Matrix 1 - Faktorenanalyse - Matrix 2 - Faktorenanalyse. Es sei nochmals daran erinnert, daß dieses Vorgehen nichts bezweckt, als die 160 000 Einzeldaten in eine möglichst einfache Übersicht zu bringen, da ja nur von deskriptiver Statistik die Rede sein kann.

Meßwertreihen ließen sich aus den Rohdaten auf zwei Weisen bilden: entweder Signaturhäufigkeiten für drei Tage für jede Station, oder Signaturhäufigkeiten für drei Tage für jede Pflegeperson. Bei 6 beobachteten Stationen hätten im ersten Fall die Meßwertreihen nur aus 6 Paaren bestanden; dabei müssen die Koeffizienten recht hoch sein, bevor sie als einigermaßen zuverlässig angesehen werden dürfen (eine Signifikanzschranke von Alpha = 5 % ist erst bei r = .75 erreicht; für die hier vor allem infrage kommenden Rangkorrelationen müßte r noch höher liegen). Es lag nahe, daß bei diesem Verfahren nur grobe, offensichtlichste Tendenzen sichtbar gemacht werden könnten, während echte Zusammenhänge der hohen Signifikanzschranke zum Opfer fallen würden. Rechnerisch wäre es natürlich möglich gewesen, jeden Beobachtungstag auf jeder Station als Lieferanten für ein Meßwertpaar zu benutzen, statt alle drei Tage zu summieren; dies hätte 18 Meßwertpaare ergeben. Vorgezogen wurde dann jedoch das Verfahren, die Signaturhäufigkeiten über alle drei Tage zu addieren, aber nach Personen und nicht nach Stationen aufzuteilen. Diese Datenreihen bestanden somit aus jeweils 32 Meßwertpaaren. Diese dürften sensibler für Zusammenhänge sein, weil die Koeffizienten zum Erreichen der Signifikanzschranken nicht mehr so hoch sein mußten; andererseits müssen sie aus logischen Gründen

die gleichen Zusammenhänge zeigen; die Stationswerte sind ja nur die addierten Pflegerwerte.

2.1.3.4.1. Matrix 1: Interkorrelationen von Signaturhäufigkeiten ohne Gewichtung nach T oder NT

Zum größten Teil sind in die Matrizen Rangkorrelations-Koeffizienten nach Spearman eingegangen, weil die Voraussetzung der Normalverteilung, die den Produkt-Moment-Korrelationen zugrundeliegt, in der Regel nicht gegeben war. Ausnahmen bildeten nur die einigermaßen normal verteilten umfassenden Signaturen O, K, K I und K II. Die Berechnung von einigen Hundert Rangkorrelations-Koeffizienten war natürlich sehr mühsam, da die Rechenmaschine diese Arbeit nicht übernehmen kann (Die Vermischung von Produkt-Moment- und Rangkorrelations-Koeffizienten ist nach Lienert (1973) zulässig). Da 32 Meßwertpaare zugrunde lagen, verstehen sich alle Koeffizienten für 30 Freiheitsgrade. Für die Datenreihen, die nicht Häufigkeiten von Signaturen wiedergaben, kam ohnehin nichts anderes als eine Rangkorrelation infrage.

Zunächst deutet die Matrix 1 an, welche Signaturen dazu neigen, zu Clustern zusammenzutreten. Es wird hier aufgeführt, wie Einzelsignaturen miteinander korrelieren oder auch nicht; die überschaubarere Beschreibung wird dann die anschließende Faktorenanalyse liefern.

Es war natürlich zu erwarten, daß alle Kontaktsignaturen negativ mit der Signatur O korrelieren würden, da hoher O-Anteil ja fast nur auf Kosten von K-Signaturen gehen kann. Das mußte jedoch keineswegs für alle K-Signaturen im gleichen Maße gelten, was auch nicht der Fall ist: Mit einer Ausnahme, nämlich H, sind alle Kontaktsignaturen zwar negativ mit O korreliert, aber die Koeffizienten sind teilweise doch sehr niedrig. Hoher O-Anteil geht viel stärker zu Lasten von K II ($r = -.61$) als von K I ($r = -.15$). K I wird verwischt, weil das positiv korrelierende H mitgezählt ist;

negativ korreliert in erster Linie W (r = -.38), was nicht erstaunlich ist, weil dies ja bevorzugt den Hilfskräften zufällt, die wenig O-Tätigkeiten verrichten. Hoher O-Anteil geht weiter hauptsächlich zu Lasten von G (r = -.56) und A (r = -.39).

Weiter war erwartet worden, Signatur O korreliere nicht mit der für unklare Kontakte, B, weder positiv noch negativ, in nennenswertem Ausmaß, weil B eine Art Zwischending zwischen Kontakten und Organisation darstellen könnte. Die Erwartung erfüllte sich nicht; die Signaturen O und B korrelieren deutlich negativ (r = -.56). Eine Signatur zwischen den Hauptkategorien O und K scheint B jedoch wirklich darzustellen: trotz der hohen Negativkorrelation zu O korreliert B keineswegs deutlich positiv mit einer Kontaktsignatur außer H (r = .33), wobei H gerade zu Unrecht zu den Kontaktsignaturen geschlagen worden zu sein schien. B scheint wirklich eine Zwischendimension zu sein, die weder den Kontakten noch den kontaktfreien Tätigkeiten zuzuordnen ist.

Es war erwartet worden, daß Signatur P mit allen Kontaktsignaturen negativ korrelieren würde. Diese Erwartung erfüllte sich auch, müßte aber jetzt differenziert werden: P korreliert anders negativ mit Kontakten als O (und folgerichtig nicht deutlich mit O selbst). Gerade die Teilsignaturen von K II, die mit O nicht deutlich negativ korrelieren, tun dies gegenüber P und umgekehrt: R (r = -.43), S (r = -.67), V (r = -.53) und K, a, b, d (r = -.34). Gegenüber K I verhält sich P ähnlich wie O, wenn auch etwas deutlicher (Korrelation mit W beträgt r = -.46, mit N beträgt sie r = -.29). Läßt man diese feinere Struktur außer acht, so korreliert P fast so hoch negativ wie O mit Kontakten (r = -.56), sowohl der Art I (r = -.56) wie auch der Art II (r = -.36).

Erwartungsgemäß korrelierte natürlich die Sammelsignatur für Kontakte, K, negativ mit O und positiv mit allen Kon-

taktsignaturen; dabei muß allerdings die Einschränkung gemacht werden, daß H aus dem Rahmen fällt und den Zusammenhang für K I erniedrigt. H gehört offenbar nicht zu K I, korreliert aber mit einem Bestandteil von K II, nämlich S. S wiederum scheint nicht spezifisch für den einen oder anderen Kontaktstil zu sein, da es ebenso hoch mit K I wie mit K II korreliert (r = .42). Die apriorische Clusterbildung der Signaturen in die Kontaktarten I und II, also "höhere" und "niedrige" Kontakte, scheint gar nicht schlecht gelungen; nur je eine Signatur scheint nicht zu der Kategorie zu gehören, der sie zugeschlagen worden war, nämlich H und das unspezifische S. Deshalb konnte entgegen der Erwartung Signatur N nicht mit H und W korrelieren, sondern nur mit W (r = .44). Dafür korreliert N wiederum mit der unspezifischen Signatur S.

Die Signatur W sollte der Erwartung nach außer mit N und H mit keiner anderen Kontaktsignatur korrelieren. Daß sie das mit H nicht tut, ist jetzt verständlich. W korreliert in der Tat mit N (r = .44), mit K I (r = .86) und dadurch mit K (r = .70), aber auch mit K II (r = .39) und mit S (r = .55). Auch die Verbindung mit V (r = .29) und mit K, a, b, d (r = .22) ist noch recht eng; so daß die W-Tätigkeiten offenbar recht kontaktträchtig sind. Bei genauerer Überlegung im Nachhinein schien es auch unwahrscheinlich, daß die Erwartung sich bestätigen sollte: es ist kaum anzunehmen, daß die mit W signierten Verrichtungen von den Betreuern völlig schweigend vorgenommen werden. Die Säuberungs- und Hygieneprozeduren werden offenbar von allerlei Kommentaren begleitet (die als S erscheinen), auch von Reglementierungen (V) und Disziplinierungen (K, a, b, d), aber in geringem Maße - bezeichnenderweise - von Anleitung (A). Hierin könnte sich der Zeitdruck widerspiegeln, unter dem diese Tätigkeiten ablaufen.

Nach den Ergebnissen der KFA ist es nicht verwunderlich, daß W deutlich negativ mit O (r =-.38) und mit P (r =-.46)

korreliert; es ist ja eine Arbeit, die weniger von den Vollpflegern übernommen wird. Die Hilfskräfte dürften nicht zuletzt deshalb relativ viel Kontakte eingehen, weil ihnen die als W signierten Tätigkeiten zugewiesen werden. W scheint also - auch nach Zeitaufwand - eine bedeutsame Kontaktart zu sein, für die Trainees wohl die bedeutsamste von allen.

Ursprünglich war vermutet worden, Signatur H spiegele so etwas wie Hilfsbereitschaft und Sensibilität für Pfleglingsbedürfnisse wider; deshalb sollte H mit R und S (außer mit K I) zusammenhängen. H korreliert jedoch nur mit einer Signatur, mit B; beide Signaturen scheinen also gemeinsam eine Sonderstellung einzunehmen und nicht recht subsumierbar zu sein; tatsächlich weist die Faktorenanalyse H als einen eigenen Faktor aus.

Weiter war ursprünglich die Vermutung die gewesen, daß die Sammelsignaturen K I und K II korrelieren würden, und zwar positiv, weil eben die K I - Tätigkeiten Anlaß für verbale und quasi-verbale Interaktionen sein würden. Überraschenderweise korreliert K II im Ausmaß buchstäblich überhaupt nicht mit K I, außer mit W, wie oben dargestellt. K II korreliert mit den Untersignaturen in verschiedener Enge des Zusammenhangs: G ($r = .85$), R ($r = .68$), A ($r = .59$), niedriger mit S ($r = .42$) und K, a, b, d ($r = .32$). Die apriorische Anordnung zu K II ist also einigermaßen haltbar. Mit Kontaktfrequenz insgesamt korreliert K II höher als K I ($r = .82$ bzw. $.50$). Gemeinsam ist beiden Kontaktarten die negative Korrelation mit O ($r = -.61$) und P ($r = -.36$); sonst scheinen sie kaum eine Verbindung miteinander zu haben.

Da R, die Reaktionen auf Pfleglingswünsche, als eine Art unspezifische Reagibilität der Pfleger gedacht worden war, wurde eine Korrelation mit den meisten oder allen anderen Kontaktsignaturen erwartet. Das ist aber nicht der Fall; R korreliert nur mit G ($r = .61$) und mit K, a, b, d

(r = .49). Damit korreliert diese Signatur also mit K II, nicht aber mit K I; dafür aber wieder negativ mit O (r =-.29) und mit P (r =-.43). Das scheint zu bedeuten, wer auf Pfleglingswünsche eingeht, neigt auch zum Gespräch, zur Kommunikation quasi um ihrer selbst willen, allerdings auch zur - seltenen - Fehlverstärkung; dies geschieht wahrscheinlich aber selektiv mit Patienten, die zu "höheren" Kontakten in der Lage sind. Die Reagibilität ist demzufolge alles andere als unspezifisch. Es könnte hier sich ein cluster "Sensibilität für Kontaktwünsche" andeuten.

Weiter war erwartet worden, Signatur A korreliere mit den meisten Kontaktsignaturen, weil praktisch jede Situation mit jedem Patienten Anlaß zur Anleitung werden könne. Es zeigt sich aber, daß A mit keiner Signatur außer mit G korreliert (r = .32). Gerade die W- und N-signierten Situationen werden offenbar nicht Anlaß zu Lernsituationen zwecks größerer Selbständigkeit. Wenn etwas gelehrt wird, dann mit Hilfe der Sprache; offenbar fallen den kommunikationsgewandteren der Patienten die ohnehin spärlichen Lerngelegenheiten zu. Ein Zusammenhang mit P ist nicht gegeben, aber wieder der erwartete negative mit O.

Analog wie bei A war auch erwartet worden, daß G mit anderen Kontaktarten korreliere, weil Betreuer und Patienten anläßlich der verschiedensten Verrichtungen über die Verrichtung selbst oder über sie hinaus kommunizieren würden. G korreliert jedoch vor allem mit R (r = .61) und mit A (r = .32), scheint also das Vorrecht der Patienten zu sein, die von sich aus Kontakte gezielt herbeiführen können. "Höhere" Kontakte zusätzlich zum durchschnittlichen Minimum scheint nur der zu bekommen, der weiß, wie man sie sich holt, und nur diese Patienten bekommen die wenige angebotene Anleitung. Bezeichnenderweise besteht hier die höchste Negativkorrelation mit O von allen Einzelsignaturen (r =-.56). Da keineswegs alle Kontaktsignaturen hoch negativ mit O

korrelieren, ist der "eingebaute" negative Zusammenhang zwischen O und K für Einzelsignaturen doch nicht trivial. G und P scheinen sich nur durch ihren gemeinsamen negativen Zusammenhang mit Kontakten insgesamt ähnlich zu sein, sonst aber verschiedenen Faktoren zuzugehören.

Weiter war erwartet worden, daß Signatur S nur mit den K II-Signaturen korrelieren würde, nicht aber mit den K I-Signaturen, weil Pfleger nur die Patienten ansprechen würden, von denen sie eine verbale Erwiderung erwarten. Die Erwartung bestätigte sich nicht; keine K II-Signatur hängt signifikant mit S zusammen. Die schwach positiven Korrelationen vereinigen sich jedoch zu einem signifikanten Zusammenhang von r = .42 mit K II, der ebenso hoch ist wie der mit K I. Dort ist wieder H die Signatur, die den Zusammenhang erniedrigt, denn mit N und W allein korreliert S recht deutlich (r = .39 und .55). Der negative Zusammenhang mit O ist gering, der mit P aber ganz ausgeprägt (r =-.67).

S scheint konkret zu bedeuten, daß Pflegepersonen bestimmen, wann gegessen, zur Toilette gegangen, aufgestanden und zu Bett gegangen und sich gewaschen wird, und daß diese Pflegepersonen nicht die "O-lastigen" Vollpfleger sind. Aus anderen Gründen als solchen der Pflegeroutine scheinen spontane Kontakte mit Patienten nur selten vorzukommen.

Signatur V sollte nach den Erwartungen vor allem mit den K II-Signaturen korrelieren. Die gefundenen Zusammenhänge sind aber durchweg schwach; der höchste ist noch der mit W (r = .29). Anweisungen und Verbote waren fälschlicherweise an die Adresse der verbal kompetenteren Patienten vermutet worden. V scheint also auch zusammen mit der Pflegeroutine signiert zu werden und deshalb nicht mit O, aber deutlich negativ mit P zu korrelieren (r =-.53).

Signatur K, a , b,d sollte erwartungsgemäß mit allen Kontaktsignaturen zusammenhängen. Es war ja vermutet worden,

Fehlverhalten sei ein häufiger Anlaß für Kontakte. War schon die Häufigkeit dieser Signatur stark überschätzt worden, so auch ihre Fähigkeit zur Zuwendungskontrolle. Die einzige Signatur, mit der K, a, b, d im Zusammenhang steht, ist gerade R (r = .49). Das würde bedeuten, manipulieren lassen sich allenfalls solche Personen, die ohnehin sensibel für Kontaktwünsche sind.

Soweit wurden die Beziehungen der Signaturfrequenzen untereinander diskutiert. Im folgenden werden Beziehungen zwischen Signaturfrequenzen und Daten über Merkmale von Personen oder Arbeitsplätzen erörtert (Es handelt sich um die Spalten bzw. Zeilen 16-21 der Matrix 1).

Es war erwartet worden, je höher die Bettenzahl einer Station sei, umso höher müsse auch der O-Anteil und deshalb umso niedriger der K-Anteil an der Arbeitszeit des Pflegepersonals ausfallen. Diese Erwartung war aufgrund häufig geäußerter entsprechender Klagen der Pflegepersonen zustande gekommen.

Um die Dimension "Anzahl der Betten" in eine Korrelationsmatrix einbeziehen zu können, wurde eine Rangkorrelation nach Spearman mit einer Korrektur für Ties durchgeführt, wobei die eine Reihe aus der Bettenzahl der jeweiligen Station eines Pflegers bestand. Ein niedriger Rangplatz bedeutet dabei eine relativ geringe Bettenzahl auf der betreffenden Station. Die Erwartung bestätigte sich tendenziell, aber nicht so deutlich, wie angenommen worden war. (Korrelationen in der erwarteten Richtung sind rechnerisch negativ wegen der Setzung niedriger Rang = geringe Frequenz = geringe Bettenzahl.) Kontakte insgesamt und der Art I und II werden etwas häufiger auf kleinen Stationen ($r = -.22$, $r = -.23$, $r = -.21$, resp.); gleichzeitig nimmt der Anteil von O-Tätigkeiten etwas ab ($r = .19$). Deutlicher wird der Zusammenhang für einzelne Signaturen: für N ist $r = -.41$, für V ist $r = -.31$, d.h. je mehr Pfleglinge auf einer Station, umso weniger wird gefüttert, und umso seltener

ergehen Verbote und Anweisungen. Wahrscheinlich wächst mit der Größe der Station auch der Organisationsaufwand und damit der Zeitdruck, so daß weniger Kontakte, vor allem in Form von Hilfen beim Essen und von Disziplinierungen und Anweisungen, möglich sind als in kleineren Gruppen. Deutlich ist noch die Korrelation mit der durchschnittlichen Breite des Repertoires habituellen Verhaltens (gemessen mit der PAC-Skala, s. 3.1.1.), hier kurz "Pfleglingsniveau" genannt ($r = -.43$, niedriger Rang bedeutet relativ hohes Niveau): je kleiner die Station, umso schmaler das Verhaltensrepertoire. Das könnte bedeuten, daß eine kleinere Station dazu neigt, nicht nur kontaktbereiter, sondern damit (über K I) auch protektiver zu werden, sobald zeitlich etwas mehr Eingehen auf individuelle Patienten möglich wird. Dazu kommt, daß die größte Station, der "Wachsaal", deutlich auch die mit dem bei weitem höchsten Patientenniveau ist (weil dorthin vor allem disziplinär schwierige Patienten verlegt werden, die aber meist gerade nicht die hilflosesten, inkompetentesten sind, sondern eher die, die sich durch unerwünschtes Verhalten oder Weglaufen energisch gegen ihre Unterbringung auflehnen), was den Zusammenhang zwischen Stationsgröße und Pfleglingsniveau über Gebühr aufblähen dürfte.

Anfangs schien es plausibel, daß bei höherem Pfleglingsniveau, i.e. breiterem Verhaltensrepertoire, auf einer Abteilung Kontakte der Art II häufiger, die der Art I dagegen seltener werden würden, und daß gleichzeitig der O-Anteil an den Pflegertätigkeiten zurückginge. Das Verfahren war wiederum die Einarbeitung der Stationswerte mit Hilfe der Spearmanschen Korrelation mit Tie-Korrektur. Niedriger Rang bezeichnete dabei hohes durchschnittliches Niveau. Bei steigendem Patientenniveau werden zwar Kontakte I seltener ($r = .35$), weil Hilfen beim Essen drastisch zurückgehen ($r = .70$); die Kontakte der Art II werden jedoch nicht häufiger, sondern nur die Bevorzugung der Non-Trainees, i.e. der kompetenteren Patienten, wird deutlicher ($r = .29$).

Das scheint die Vermutung zu bestätigen, die von Anfang an hinter der Untersuchung stand: für die Trainees lohnt es sich, unselbständig zu sein, denn sonst gingen ihnen die Kontakte der Art I auch noch verloren. Für die Signatur W trifft der Zusammenhang nicht zu, weil offenbar selbständiges Waschen und An- und Ausziehen nicht verlangt wird, sondern wie die Toilettengänge routinemäßig von Pflegern durchgeführt wird, auch wenn die Patienten dies durchaus allein bewältigen könnten. Daß der O-Anteil mit steigendem Patienten-Niveau zurückginge, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden; O-Tätigkeiten scheinen eher Ergebnis der Größe der Station als der "Schwäche" der Pfleglinge zu sein.

Wieder wegen entsprechender Äußerungen des Personals war als plausibel angenommen worden, daß umso mehr Kontakte vorkommen würden, je günstiger der Besetzungsschlüssel (das Verhältnis Pfleger/Patienten) auf der Station sei; gleichzeitig sollte die Häufigkeit von O abnehmen. Die Befunde laufen jedoch dieser Annahme verblüffenderweise direkt zuwider. Die Einarbeitung der Dimension "Besetzungsschlüssel der Station" erfolgte wieder mit Hilfe eines jeweils Tie-korrigierten Rangkoeffizienten. Niedriger Rang bedeutet dabei ungünstiges Pfleger/Patienten-Verhältnis (gleichzeitig auch geringe Signaturfrequenz und relativ hohes Pfleglingsniveau).

Es zeigt sich, daß in buchstäblich allen Kontaktsignaturen die bessere Besetzung einer Station zu relativ weniger Kontakten führt, aber zu mehr Pausen. Die Koeffizienten sind meist recht hoch, trotz des groben Maßes: Je günstiger der Schlüssel, umso mehr Pausen ($r = .55$), umso weniger Kontakte insgesamt ($r = -.30$), umso seltener werden R, S und K, a, b, d ($r = -.41$, $r = -.56$, $r = -.54$, resp.), also die vermutliche Reagibilität den Patienten gegenüber, und umso seltener wird N ($r = -.33$), vielleicht ein Hinweis auf geringere Reglementierung wegen geringeren Zeitdrucks. Auch

die O-Frequenzen fallen ab mit zunehmender Besetzungsstärke, die Verschiebung zu Lasten der Kontakte geht zugunsten der Pausen und nicht zugunsten anderer Arbeiten. Daß günstiger Besetzungsschlüssel auch höheres Niveau tendenziell mit sich zu bringen scheint, wird wieder auf den atypischen "Wachsaal" zurückgehen, der relativ am besten besetzt ist und das höchste Pfleglingsniveau aufweist - am höheren Maß an Kontakten und Lerngelegenheiten kann es ja nicht liegen. Das Ergebnis weist darauf hin, daß es mit einfacher Erhöhung der Personalzahlen bei sonst unveränderten Strukturen in der Einrichtung wohl schwerlich getan ist.

Weiter schien es ausgangs plausibel, daß die Dimension "Bevorzugung von K II" mit "Bevorzugung von NT" positiv, mit den Frequenzen von K I aber negativ korrelieren würde, wiederum positiv aber mit den Frequenzen von K II. Diese Erwartung bestätigte sich nur teilweise. BVZG K II korreliert tatsächlich mit BVZG NT ($r = .38$). Das ist wenig erstaunlich und spiegelt wiederum die Tatsache, daß zwei verschiedene Kontaktstile bestehen. BVZG K II muß nicht a priori negativ mit K I korrelieren, denn K I ist ein Ausdruck für Häufigkeiten, BVZG K II jedoch nicht, sondern vielmehr für eine relative Einseitigkeit im Kontakt. Deshalb kann eine Person durchaus stark K II bevorzugen und trotzdem relativ hohe K I-Anteile an der Arbeitszeit haben. Die entsprechende Hypothese war daher nicht trivial. Die Korrelation zwischen BVZG K II und (Ausmaß von) K I ist jedoch wirklich klar negativ ($r = -.75$), ebenso wie für H ($r = -.44$) und erwartungsgemäß für N ($r = -.35$) und für W ($r = -.53$). Das würde nahelegen, daß die im Kontakt einseitigen Pfleger, die vorwiegend mit verbalen Kontakten kommunizieren, zugleich wenig Kontakte der Art I benutzen, wahrscheinlich, weil sie den "schwachen" Pfleglingen aus dem Weg gehen. Das würde den negativen Zusammenhang mit H erklären, das ja sonst nicht zu K I gehört.

Der Zusammenhang mit K II ist nicht so einfach wie vermutet.

Es findet sich zwar ein Koeffizient von r = .47 mit K II, also signifikant in der erwarteten Richtung, aber dieser geht wesentlich auf eine einzige Signatur zurück, nämlich G (r = .66). Schwache Zusammenhänge bestehen noch mit R und A in positiver Richtung (jeweils r = .20), mit den übrigen K II-Signaturen sind aber die Zusammenhänge sogar schwach negativ. Das bedeutet, die K II-Bevorzuger sind das im beobachteten Verhalten deshalb, weil sie bereitwilliger mit Patienten reden, wenn ein Kontakt einmal hergestellt ist. Sie tun das aber nicht eher von sich aus als andere Betreuer (S), sie disziplinieren nicht stärker oder ziehen Patienten nicht häufiger zu Mitarbeit heran (V) und sie reagieren nicht häufiger auf Patienten (R) - sie scheinen gewissermaßen einfach redseliger oder auch geduldiger zu sein.

Weiter war erwartet worden, daß die NT-Bevorzuger unter den Betreuern geringere K I-Frequenzen, aber höhere K II-Frequenzen (jeweils bei den Untersignaturen entsprechend) zeigen würden, daß dies aber nichts zu tun haben würde mit den Non-Kontakt-Signaturen O und P, weil Verschiedenheiten im Schwerpunkt der Kontakte erwartet wurden, nicht aber im Maß der Kontakte generell. Diese Hypothese fiel jedoch den Ergebnissen zum Opfer.

BVZG NT korreliert negativ mit K insgesamt, d.h. (da hier wieder Kontaktfrequenzen und -einseitigkeiten in Beziehung gesetzt werden) dieses Kennzeichen des Kommunikationsstils läßt - im Gegensatz zu BVZG K II - eher Schlüsse auf die Kontakthäufigkeit zu (r =-.31). Die Korrelation ist erwartungsgemäß höher negativ mit K I (r =-.69), wobei dies ähnlich wie bei BVZG K II vor allem für W (r =-.61), aber auch für H (r =-.32) gilt. Die "schwächsten" Patienten sind wohl auch die hauptsächlichen Empfänger von H, und diese werden wohl von den K II- und NT-Bevorzugern weniger beachtet. Entgegen der Hypothese aber nimmt auch die Frequenz der Kontakte II bei den NT-Bevorzugern nicht zu, sondern ab. Vermehrte O-Tätigkeiten sind nicht die Erklärung; man kann

also nur aussagen, daß die NT-Bevorzuger allgemein weniger Kontakte, die T-Bevorzuger umgekehrt mehr Kontakte zeigen. Damit stimmt überein, daß die Negativ-Beziehungen am deutlichsten für die Signaturen R und S sind (r = -.35 und r = -.34, resp.), also gerade die Signaturen, die Bereitschaft zu Kontakten, spontan oder reaktiv, widerspiegeln sollen. Auch V, K, a, b, d und A sind seltener (r zwischen -.27 und -.23). Die geringere Kontakthäufigkeit der NT-Bevorzuger geht nicht zugunsten von O, sondern vor allem von P (r = .41). Für die Bevorzuger der Kontakte II fand sich dieser Zusammenhang nicht; diese Dimension scheint eher eine Neigung zum Reden mit den Patienten widerzuspiegeln, während die Dimension BVZG NT diejenigen Betreuer zu kennzeichnen scheint, die den Kontakt mit Patienten aus irgendwelchen Gründen lieber umgehen, das Wenige an Kontakt für die NT reservieren und sich gern in Pausen flüchten (sonst würde sich eine Verschiebung nach O oder B hin ergeben). Dazu paßt auch, daß diese Personen wenig disziplinieren, wenig fehlverstärken und wenig Patienten zu Arbeiten heranziehen (vgl. V und K, a, b, d) - sie wollen wohl in Rihe gelassen werden und lassen selbst die Pfleglinge in Ruhe.

Schließlich läßt sich die Antwort auf die Vermutung wieder aus der Matrix 1 ablesen, die schon durch die KFA zu Fall gekommen war: daß nämlich mit zunehmendem Dienstalter aufgrund der längeren Erfahrung die Kontaktfrequenz zunehme, die O-Frequenz als die weniger qualifizierte Tätigkeitengruppe dagegen ab. Es hatte sich in den KFA gezeigt, daß gerade die jungen, weniger erfahrenen Hilfskräfte mit den Patienten kommunizieren, vor allem da, wo konventionelle Alltagskommunikation nicht mehr "geht", und daß längere Erfahrung im Gegenteil eher dazu führt, daß sich die Vollpfleger vom Patienten zurückziehen und sich auf Organisatorisches konzentrieren. Dieser Zusammenhang schlägt sich hier wieder nieder: die positive Korrelation zwischen Dienstalter und O-Anteil an der Arbeitszeit ist deutlich (r = .48), die Korrelationen zwischen Dienstalter und den Kon-

taktsignaturen sind meist schwach negativ, recht deutlich aber für K insgesamt (r =-.25), für B (r =-.26) und für N, A und W (r =-.24, r =-.27 und r =-.33, resp.). Eine Ausnahme bilden nur V und H, wo die Koeffizienten schwach positiv werden (r = .21 und r = .18). Man könnte zusammenfassen, daß mit steigender Erfahrung und höherer Stellung in der Diensthierarchie Kontakte seltener aufgenommen werden, der einzelne Patient zurücktritt und der Ablauf der Dienstgeschäfte immer wichtiger wird, worunter außer den unter O signierten Tätigkeiten auch Anordnungen, Disziplinierungen und Fürsorge im körperlichen Bereich (also die unter die Signaturen V und H gefaßten) zu zählen sind. Die dienstälteren Personen scheinen sich besonders unter Zeitdruck und für den reibungslosen Ablauf verantwortlich zu fühlen, wofür das leichte Zurückgehen von P und B sprechen würde. Überspitzt ausgedrückt könnte man diesen Personen unterstellen, sie verstünden ihre Aufgabe nicht so sehr als eine humanitär-pädagogische, sondern als eine des Managements.

2.1.3.4.2. Faktorenstruktur von Matrix 1: Signaturhäufigkeiten ohne Gewichtung nach T oder NT

Die eben besprochene Interkorrelationsmatrix mit ihren 21 Variablen wurde noch einer Faktorenanalyse unterworfen, um die enthaltene Information noch einfacher zusammenzufassen. Nach der Hauptachsenmethode ließen sich aus der Matrix 7 Faktoren extrahieren, wenn das Abbruchkriterium bei einer Ladung von .35 angesetzt wurde. Die volle Aufstellung der entsprechenden Kennwerte findet sich im Anhang. Ein Faktor 1 beschreibt erwartungsgemäß offenbar den Bereich der täglichen Pflegeroutine (nicht im medizinischen Sinne), also Tätigkeiten wie Waschen der Patienten, An- und Ausziehen, zur Toilette führen, Füttern etc., was unter die Signaturen W und N gefaßt worden war. Dieser Tätigkeitsbereich kann auch K I genannt werden, wobei - entgegen der apriorischen Anordnung - die Signatur H nicht zu diesem K I-Faktor gehört; er umfaßt die "Sozialkontakte

primitiver Art" (die von den Betreuern vielleicht häufig gar nicht als solche verstanden werden). Diese "niederen" Kontakte nehmen jedoch rein zeitlich einen breiten Anteil des Arbeitstages in Aspruch und bilden ein gutes Drittel der Kontakte überhaupt; sie sind folglich keineswegs eine Randerscheinung im Stationsalltag. Faktor 1 ist vor allem durch folgende Ladungen umschrieben:

K I	= .88	BVZG K II	= -.82
W	= .86	BVZG NT	= -.78
K	= .51	P	= -.37
N	= .41		
S	= .40		

Statt H gehört also eher S zu K I; die Signatur S war eigentlich als zu K II gehörend gedacht worden. Das dürfte bedeuten, daß die Initiativen zu den K I-Verrichtungen vom Pflegepersonal ausgehen. Weiter zeigen die hohen Negativladungen deutlich, wie weit die Kontaktstile auseinanderfallen; bei so hohen Negativladungen auf den Bevorzugungsdimensionen muß die Sammelbezeichnung "Kontakte insgesamt" (K) wohl als Artefakt angesehen werden, das einfach rechnerisch zustande kommt, eigentlich Äpfel und Birnen zusammenwirft und nur gegenüber O und P seine Berechtigung hat.

Erwartungsgemäß steht neben diesem ersten Faktor ein Faktor 2, der Faktor "höhere" Kontakte oder "Sozialkontakte verbaler oder quasi-verbaler Art". Dieser zweite Faktor steht neben, nicht gegenüber Faktor 1, denn er lädt nicht negativ auf den für Faktor 1 wichtigen Variablen, sondern gar nicht. Die positiv ladenden Signaturen bzw. Variablen sind weniger zahlreich als erwartet; der K II-Faktor ist gewissermaßen enger zu definieren, als das ursprünglich gedacht worden war.

K II	= .94	O	= -.67
G	= .92		
K	= .68		
R	= .62		
A	= .60		
BVZG K II	= .49		

Von den ursprünglich unter K II zusammengefaßten 6 Signaturen gehören nur drei deutlich zu diesem K II-Faktor, nämlich G, R und A. Mit S und V hat er hingegen weniger zu tun als Faktor 1. An den Gesamtkontakten hat Faktor 2 einen höheren Anteil als Faktor 1 (auch zeitlich, wie die Rohwerte zeigten). Bemerkenswert scheint, daß - wie schon bei der Matrix-Interpretation vermutet - "BVZG NT" nicht nur nicht positiv, sondern sogar schwach negativ auf Faktor 2 lädt. BVZG K II und BVZG NT sind also wirklich verschiedene Dinge; die erste Dimension spiegelt wohl eine Art Bereitwilligkeit zum Gespräch wieder, die andere gerade ein Vermeiden von Pfleglingskontakten.

Klar negativ auf diesem Faktor lädt die Signatur bzw. Variable O. Die Höhe der Ladung ist überraschend; vor allem ist sie sehr viel höher als bei Faktor 1. Das bedeutet, die Aussage, O-Anteile an der Arbeitszeit gingen zu Lasten der Kontakte, kann jetzt präzisiert werden: ein hoher Anteil an Organisatorischem an der Arbeitszeit geht vor allem zu Lasten der Kontaktarten G, R und A, also gerade der "wertvollsten" und erwünschtesten, weil komplexeren und quasi-normalen Interaktionsarten, nicht so sehr zu Lasten der "Primitivkontakte", deren Wünschbarkeit etwas zweifelhaft ist.

Als Faktor 3 findet sich so etwas wie ein "Besetzungsschlüssel-Faktor". Es ist wahrscheinlich klarer, wenn bei diesem Faktor die Vorzeichen umgekehrt gedacht werden; da niedrige Ränge bei der Korrelations-Errechnung für ein ungünstiges Patienten/Pfleger-Verhältnis, aber auch für geringe Signaturfrequenzen vergeben wurden, waren positive Korrelationen

bzw. hier gleichsinnige Ladungen erwartet worden. Die Korrelationen gingen jedoch überraschenderweise in die umgekehrte Richtung; die Hauptladung erscheint bei Faktor 3 rechnerisch negativ, die Negativ-Ladungen hingegen positiv. Am Zusammenhang ändert dies natürlich nichts. Die einzige Signatur, deren Frequenz mit günstigerem Besetzungsschlüssel steigt, ist P; dagegen fällt die Häufigkeit der Signaturen S, R und K, a, b, d ab, ebenso wie die Gesamthäufigkeit für K.

K, a, b, d	= .64	Besetzungsschlüssel	= -.92
S	= .64	P	= -.69
R	= .53		
K	= .35		

Dieser Faktor könnte natürlich auch der "Reagibilitäts-Faktor" genannt werden, nach den Hauptladungen auf dem positiven Pol.Sowohl die spontane wie die reaktive Kontaktaufnahme und damit auch die Fehlverstärkungen nehmen am deutlichsten ab, wenn eine Station relativ stark besetzt ist. Das bedeutet: der Mißstand des chronischen Personalmangels wird sicher zu Recht ständig beklagt, nur ist eine Verbesserung der Versorgung keineswegs allein dadurch garantiert, daß einfach mehr Pflegepersonen auf die bestehenden, sonst unveränderten Stationen geshickt werden. Es ist keineswegs so, daß mehr Kontakte zu den Patienten zustande kommen, sobald durch Verbesserung des Besetzungsschlüssels die Pfleger vom Zeitdruck entlastet sind. Im Gegenteil führt das "Auffüllen" einer Station mit mehr Personal am ehesten dazu, daß mehr Pausen gemacht werden. Die erwünschte vermehrte Kontaktaufnahme mit Patienten, gerade mit den inkompetentesten, wird so wahrscheinlich nicht erreicht; das Kontakt-Ausmaß pro Pfleger dürfte zeitlich gesehen konstant bleiben und so - pro Pflegeperson berechnet - zurückgehen.

Faktor 4 scheine eine Art "Niveau-Faktor" darzustellen. Mit "Niveau" ist wieder die durchschnittliche Breite des Ver-

haltensrepertoires, gemessen durch die PAC-Skala, auf einer Station gemeint. Niedriger Rang bedeutet relativ hohes durchschnittliches Pfleglingsniveau auf einer Station; daß N bei steigendem Pfleglingsniveau zurückgeht, ist nicht verwunderlich. In geringerem Maße geht allerdings auch A zurück. Interessant ist jedoch vor allem eine Signatur, die nicht auf diesem Faktor lädt: W. Es bestätigt sich wieder, daß diese Gruppe von Tätigkeiten offenbar wie selbstverständlich vom Personal weitgehend übernommen wird, entweder aus Tradition oder unter dem Druck der herrschenden Notwendigkeiten auf einer Großstation. Dabei scheint außer Betracht zu bleiben, ob der Patient diese Verrichtungen auch allein bewältigen könnte oder schnell lernen könnte, sie allein zu bewältigen. Anders als bei den Hygiene-Verrichtungen werden aktive Hilfen beim Essen (Füttern u.ä.) wohl nur dann gegeben, wenn sie wirklich nötig sind. Beides dürfte den gleichen Grund haben: selbständiges Waschen dauert länger als passives Abgeduscht-Werden, aber Füttern dauert länger als selbständiges Essen. Waschen-Anziehen-Toilettenbenutzung etc. sind wesentlich schwerer zu lernende Verhaltenssequenzen von höherer Komplexität als das Löffeln von einem Teller, der einem Patienten vor die Nase gestellt wird. Hierin dürfte die Verbindung zur Signatur A liegen: die Betreuer bemühen sich wahrscheinlich, selbständiges und ordentliches Essen zu lehren (wobei "selbständig" sehr bescheiden definiert ist, nämlich schlicht als Auslöffeln des hingestellten Tellers), nicht aber weitergehende Selbstregelungstechniken.

Pfleglings-Niveau	= .87	Anzahl der Betten	= -.76
N	= .75		
A	= .37		

Eine hohe Negativladung gehört ebenfalls zu Faktor 4, die Anzahl der Betten bzw. Patienten auf einer Station. Das bedeutet, je kleiner die Bettenzahl, umso enger das Verhaltensrepertoire, bzw. umgekehrt. Sicher sind Kleingruppen umso nötiger, je inkompetenter die Patienten sind; daß dies so

sei, ist keinesfalls eine Erklärung für diesen Zusammenhang, denn bis auf die eine 13-Betten-Abteilung haben alle anderen Stationen zwischen 30 und 45 Betten. Wahrscheinlicher ist, daß das Maß an Protektivität und Erziehung zur Unselbständigkeit durch verstärkten Pflegeaufwand bei kleineren Stationen zunimmt, und daß andererseits der Zusammenhang noch künstlich verstärkt wird durch den erwähnten "Wachsaal" mit der höchsten Bettenzahl und dem gleichzeitig höchsten Patienten-Niveau. Von diesem vermutlichen Zug zu Protektivität bei kleineren Patientenzahlen wäre jedoch das Essen ausgenommen.

Faktor 5 ist leicht zu interpretieren; man könnte ihn den "Dienstalter-Faktor" nennen. Er bestätigt, was die KFA schon angedeutet hatten: mit steigendem Dienstalter wächst der Anteil der O-Tätigkeiten an der Arbeitszeit, ebenso nimmt die Neigung zu Reglementierung, Zurechtweisung und Verboten zu. Gleichzeitig geht der Anteil der Pausen an der Arbeitszeit zurück.

Dienstalter	= .84	P = -.44
V	= .59	
O	= .38	

Der reibungslose Ablauf des Stationsbetriebes scheint mit zunehmendem Dienstalter und Höherstellung in der Stationshierarchie ein immer höherer Wert zu werden, die Betriebsamkeit scheint zuzunehmen. Das Funktionieren des Apparats scheint zunehmend im Vordergrund zu stehen, zu Lasten des individuellen Umgangs mit dem einzelnen Patienten.

Faktor 6 ist sehr einfach; er besteht praktisch aus der Einzelsignatur H. Diese Kontaktart ist also weder dem einen noch dem anderen Kontaktstil zuzuordnen, sondern bildet eher eine Kontaktart für sich. Sie verteilt sich offenbar recht gleichmäßig, denn sie läßt sich in keine systematische Beziehung bringen, abgesehen von der Negativladung von V auf diesem Faktor: wer H häufig anwendet, neigt wenig zu Reglementierungen und Verboten.

H = .92 V = -.47

Faktor 7 steht ähnlich isoliert da; es handelt sich um den bereits vermuteten "Beobachtungs-Faktor". Er steht in einer Verbindung mit V (.33, Ladung fällt gerade unter das Abbruchkriterium) als einzige Kontaktsignatur. Am einfachsten scheint es, B als eigenen, vierten Kontaktfaktor zu werten; dazu scheint die hohe Negativladung von O zu berechtigen: nur wer Zeit hat, steht herum und beobachtet und kontrolliert Patienten.

B = .97 O = -.51

Die Faktoren 1,2,6 und 7 können als Kontakt- oder Kommunikationsfaktoren angesehen werden in dem Sinne, daß sie Schwerpunkte im persönlichen Kontaktverhalten darstellen. Diese Faktoren haben folgende Gewichtungen, d.h. Anteile erklärter Varianz an der Gesamtvarianz:

Faktor 1 = 17.98 % (Faktor "averbale, primitive Kontakte")
Faktor 2 = 18.59 % (Faktor "verbale oder quasi-verbale Kontakte")
Faktor 6 = 6.67 % ("H-Faktor")
Faktor 7 = 7.48 % ("Beobachtungs-Faktor")
50.72 % erklärter Varianz

Die Faktoren 3, 4 und 5 könnten als "Verhältnisse-Faktoren" verstanden werden, d.h. als Beispiele dafür, wie Variablen das Kontaktverhalten der Betreuer zu den Behinderten beeinflussen, die sie am Arbeitsplatz vorfinden, ohne sie direkt beeinflussen zu können. Die herausgegriffenen Dimensionen sind natürlich eine enge, willkürliche Auswahl aus zahlreichen möglicherweise relevanten Größen wie Quadratmeterzahl pro Patient, Zahl der verfügbaren Räume, Personalfluktuation auf der Station etc.; mehr als Hinweis- oder Beispielcharakter haben sie nicht. Eine Anschlußuntersuchung in diese Richtung wäre wohl nötig, aber auch vielversprechend.

Faktor 3 = 13.87 % ("Besetzungsschlüssel-" bzw. "Reagibilitäts-Faktor")
Faktor 4 = 11.05 % ("Niveau der Pfleglinge"-Faktor)
Faktor 5 = 8.44 % ("Dienstalter"-Faktor)

33.36 % erklärter Varianz

Die 4 im Kontaktverhalten enthaltenen Faktoren erklären also insgesamt 50.72 % der Gesamtvarianz, die 3 Faktoren, die Einflüsse anderer Merkmale auf das Kontaktverhalten wiedergeben, erklären nochmals 33.36 % der Gesamtvarianz. Die sieben extrahierten Faktoren erklären somit 84.08 % der Gesamtvarianz.

2.1.3.4.3. Matrix 2: Interkorrelationen von Signaturhäufigkeiten mit Gewichtung nach Trainees bzw. Non-Trainees

Zur Erstellung dieser Matrix 2 wurde mit jedem Häufigkeitswert zunächst folgende Transformation vorgenommen: die Signaturfrequenzen über drei Tage pro Betreuer wurden geteilt in die mit der Zusatzsignatur T und die ohne Zusatz, d.h. es wurde ausgezählt, wie viele der signierten Kontakte einer Art mit einem Trainee und wie viele mit einem Non-Trainee abgelaufen waren. Sodann wurde der Teilwert für Trainees-Kontakte durch die Zahl der Trainees auf der jeweiligen Station geteilt, die Zahl der übrigen Kontakte durch die Anzahl der Non-Trainees auf der gleichen Station. Die Quotienten, die ja dem verschiedenen Trainee/Non-Trainee/Verhältnis von Station zu Station Rechnung tragen mußten, wurden zu Korrelationen verarbeitet und ergaben die im Anhang beigefügte Matrix 2.

Zwei Signaturen mußten ganz ausgelassen werden, weil sie durch dieses Gewichtungsverfahren numerisch zu klein wurden, nämlich H und K, a, b, d. In die zweite Matrix sind ausschließlich Rangkorrelationskoeffizienten eingetragen. Die Gruppierungen K I und K II sind noch so zusammenge-

setzt, wie die apriorischen Überlegungen das nahegelegt hatten, enthalten also noch die beiden Signaturen, die nicht getrennt ausgewertet werden konnten. Eine Trennung von N und W wurde nicht durchgeführt, weil sie keine zusätzliche Information mehr über Matrix 1 hinaus zu bringen versprach. Die anderen fünf Signaturen wurden neben den Gruppierungen in K, K I und K II geteilt und wie beschrieben in 2 x 8 = 16 Quotientenreihen verwandelt. Zu dieser bisher 16zeiligen bzw. -spaltigen Matrix wurden wieder die Signaturen O, P und B geschlagen, die keine Kontakte mit einer eindeutig definierbaren Person bedeuten und folglich auch nicht teilbar waren, ebenso die beiden "Bevorzugungs"-Dimensionen und die vier Dimensionen mit Stations- bzw. Pflegermerkmalen. Die Gesamtmatrix erweiterte sich so auf 25 Spalten bzw. Zeilen. Matrix 2 ist also Matrix 1 ganz ähnlich bis auf einen Aspekt, die Teilung der Signaturen nach Trainee- und Non-Trainee-Kontakten, die gewissermaßen eine neue und zusätzliche Dimension über die bereits erörterte Struktur der Matrix 1 legt. Deshalb sind die beiden Matrizen bzw. Faktorenanalysen auch gewissermaßen übereinanderliegend zu denken, wobei die Strukturen der Matrix 1 in ähnlicher Form auch in Matrix 2 wieder auftauchen.

Bei Inspektion der Matrix 2 fällt zunächst auf, daß die Kontaktarten für die Trainees sehr eng zusammenhängen, also K I / T, K II / T und K / T sehr hoch interkorrelieren. Bei den Non-Trainees ist das nicht der Fall, dort korrelieren nur K II / NT und K / NT ähnlich hoch, K I / NT und K II / NT dagegen fast überhaupt nicht. Das spricht dafür, daß die Trainees ihre "höheren" Kontakte kaum um ihrer selbst willen, sondern im Zusammenhang mit Pflegeverrichtungen bekommen, die an ihnen vorgenommen werden, während die Non-Trainees aber "höhere" Kontakte um ihrer selbst willen und auch zusätzlich bekommen.

Die Matrix selbst ist auf den ersten Blick auffällig dadurch, daß ein weitgehend regelmäßiges Schachbrettmuster

entstehen würde, wenn alle hohen Korrelationen, etwa solche von über .50, farbig gekennzeichnet würden. Da Signaturen für T und für NT immer getrennt nebeneinander angeordnet sind, spricht das für die Folgerung, daß über der besprochenen Trennung in die Kontaktarten 1 und 2 (bzw. besser die Faktoren 1 und 2) in der neuen Matrix eine zweite Trennung liegt, die viel schärfer ist, eben die in Trainee-Kontakte und Non-Trainee-Kontakte. Diese scharfe Trennung war in der Matrix 1 ausgeschaltet worden, um Beziehungen zwischen Signaturen sichtbar machen zu können. Die Faktorisierung der Matrix 2 müßte dann zwei Primärfaktoren ergeben, die ganz deutlich Kontakte mit T einerseits und Kontakte mit NT andererseits umfassen, aber dagegen Kontakte der Art I (bzw. Faktor 1 aus der Matrix 1) und Kontakte der Art II (bzw. Faktor 2 aus der Matrix 1) vereinigen.

Da die Grundinformation einfach zu sein scheint, läßt sich der Sachverhalt offenbar am leichtesten durch eine Faktorisierung darstellen: zu der Struktur aus Matrix 1 tritt noch eine scharfe Trennung in T-Kontakte und NT-Kontakte bzw. in Betreuer, die die eine oder andere Patientengruppe bevorzugen. Wenn das so ist, müssen sich zwei Hauptfaktoren ergeben, die viel höhere Varianzanteile binden als jeder andere Faktor in Matrix 2, und diese Faktoren müssen interpretierbar sein als ein Trainee-Faktor und ein Non-Trainee-Faktor, die quer zu den nicht gewichteten Kontaktfaktoren liegen und sie übergreifen.

2.1.3.4.4. Faktorenstruktur von Matrix 2: Signaturhäufigkeiten mit Gewichtung für Trainees und Non-Trainees

Die Matrix 2 konnte in sechs Faktoren aufgeschlüsselt werden, die insgesamt 86.13 % der Gesamtvarianz binden. Tatsächlich erklären die beiden ersten Faktoren - wie erwartet - mehr Varianz als die übrigen zusammen, nämlich 55.15 %.

Faktor 1 ist offensichtlich der erwartete "Trainee-Faktor". Die beiden Kontaktarten oder -stile bilden einen dichten cluster, zu dem R und S gehören, während die Verbindung mit A und V etwas lockerer ist. Negativ laden deutlich zwei Variablen, "BVZG NT" (was zu erwarten war, doch ist die Höhe der Ladung erstaunlich) und "Anzahl der Betten". Das bedeutet, Trainees erhalten umso eher Kontakte, je kleiner die Station ist. Das kann wieder für die Vermutung geltend gemacht werden, daß Pfleglinge überprotektiv gepflegt werden, sobald die Verhältnisse es erlauben (der Ladungswert ist rechnerisch wieder negativ, weil niedriger Rang ja kleine Bettenzahl bedeutete, aber auch geringe Frequenzen).

K	/ T = .96	BVZG NT	= -.82
K II	/ T = .93	Bettenzahl	= -.48
K I	/ T = .93		
G	/ T = .94		
R	/ T = .91		
S	/ T = .86		
A	/ T = .64		
V	/ T = .63		

Schwache Ladungen jenseits des Abbruchkriteriums weisen noch drei Variablen auf: BVZG K II mit .31 (was wiederum zeigt, daß K II-Bevorzuger nicht unbedingt wenig Kontakte der Art I oder den T gegenüber eingehen, wohl aber die NT-Bevorzuger, wie sich in der Matrix 1 ja auch gezeigt hätte), O mit -.32 und P mit -.28. Die Negativladungen sind nicht erstaunlich, d.h. wer viel Kontakte mit Trainees eingeht, wird weniger zu O-Tätigkeiten und zu Pausen neigen. Deutlich wird andererseits, daß Faktor 1 mit seinem Gegenstück, Faktor 2, dem Non-Trainee-Faktor, buchstäblich nichts zu tun hat. Der Faktor 1 lädt auf allen NT-Kontaktsignaturen praktisch überhaupt nicht. Die Trennung in zwei Gruppen von Patienten bzw. Kontakten ist also erstaunlich scharf und viel deutlicher als erwartet.

Der Faktor 2 ist der erwartete "Non-Trainee-Faktor". K I / NT liegt längst nicht so eng an diesem Faktor, wie das bei den Trainees der Fall war. K II trägt bei den Non-Trainees viel stärker zum Gesamt-K bei als K I, während bei den Trainees beides praktisch zusammenfällt.

K II	/ NT = .96	Anzahl der Betten	= -.71
K	/ NT = .94	O	= -.27
S	/ NT = .88		
G	/ NT = .87		
V	/ NT = .85		
R	/ NT = .81		
Niveau	= .56		
K I	/ NT = .53		
A	/ NT = .50		
V	/ T = .41		

Es gibt also keinen nennenswerten Generalfaktor, sondern nur eine Signatur, die sich nicht so starr den Trainees oder Non-Trainees zuordnen läßt, nämlich V. V / T ist der einzige Fall, wo eine Teilsignatur auf dem Gegenfaktor nennenswert lädt. Das Reglementieren und Anordnen scheint eher einer Betreuerneigung zu entspringen und nicht so stark von der Art des Patienten abzuhängen, mit dem ein Pfleger es in einer aktuellen Situation zu tun hat. In beiden Faktoren liegen R, S und G zentraler als A; die Signaturen R und S scheinen erwartungsgemäß so etwas wie Reagibilität oder Sensibilität für Pfleglinge widerzuspiegeln. G könnte dann die Folge dieser Richtungssignaturen sein. R und S könnten für eine Pflegeperson vielleicht so etwas wie diagnostische Aussagekraft haben.

Die Beziehung zur Größe der Station ist beim Faktor 2 enger als bei Faktor 1: die Wahrscheinlichkeit, mit wachsender Bettenzahl weniger Kontakte zu bekommen, trifft die Non-Trainees (und damit die "höheren" Kontakte) stärker als die Trainees, wenn auch die Kontakte insgesamt deutlich zurückgehen. Das wird daran liegen, daß die "Primitivkontakte",

vor allem die Hygiene-Verrichtungen, Vorrang haben - bei Zeitdruck gelten wohl alle anderen Kontakte eher als verzichtbar als diese. Interessant ist wieder, daß die Variable BVZG NT und Faktor 2 in keiner Beziehung zueinander stehen; dies bestätigt, daß die Personen, die die Non-Trainees bevorzugt kontaktieren, deswegen keineswegs mehr Kontakte mit ihnen haben als andere - sie haben nur keine mit den Trainees,"unter dem Strich" also weniger Kontakte überhaupt.

Daß die Variable "Pfleglingsniveau" deutlich zum Faktor 2 gehört, ist nicht überraschend, da ja größere Sozialanpassung und kommunikative Fähigkeiten in die "Niveau"-Definition durch die PAC-Skala eingehen. "Niveau" hat bezeichnenderweise nichts mit Faktor 1 zu tun; es scheint hier K II nach dem Prinzip "Wer hat, dem wird gegeben" verteilt zu werden, was ja ganz verständlich ist: je mehr Kommunikationsfertigkeiten ein Patient zur Verfügung hat, umso mehr höhere Kontakte wird er auch bekommen. Umgekehrt scheinen die Patienten mit den engeren Kommunikationsrepertoires wenig Gelegenheit zu erhalten, höhere Kontaktarten und Kommunikationsweisen zu erlernen. Was sie an höheren Kontakten bekommen, scheint an K I, also an Pflegeverrichtungen, gekoppelt zu sein.

Faktor 3 könnte der "Beobachtungsfaktor" genannt werden. Es handelt sich offenbar wieder um den Faktor 7 aus Matrix 1. Der Zusammenhang mit V kann jetzt präzisiert werden: es ist einer mit V / T eher als mit V / NT. Beide Teile der Signatur A stehen in einer negativen Beziehung zu Faktor 3, ebenso wieder O. Interessant ist noch eine Ladung, die unter das Abbruchkriterium fällt, nämlich die für die Variable "Pfleglingsniveau". Sie ist negativ, d.h. Pfleger werden umso eher beobachtend und kontrollierend herumstehen, je niedriger das Pfleglingsniveau auf der Station. Wahrscheinlich weichen sie auf B aus, wo mit kompetenteren Patienten Kontakte der Art II eingegangen würden. Der Faktor könnte so interpretiert werden, daß er die Hilf-

losigkeit eines Betreuers widerspiegelt, der gerade einmal Zeit hat, d.h. keine O-Tätigkeiten erledigt, und sich Trainees gegenüber sieht, mit denen er kommunizieren könnte. Die Kommunikation wird dann schwerlich in Unterweisung oder Unterhaltung und Spiel bestehen, sondern sich auf Verbot und Kotrolle beschränken.

B	= .80	A / T	= -.49
V / T	= .48	A / NT	= -.44
		O	= -.36
		Niveau	= -.31

Faktor 4 könnte als der "K I / NT"-Faktor bezeichnet werden. Er scheint ein Ergebnis der Aufteilung der Signaturen in Matrix 2 zu sein und kann daher in der eher summarischen Matrix 1 nicht erscheinen. Er repräsentiert den Fall der Kontakte "niederer" Art (also vor allem Gewaschenwerden, An- und Ausgezogenwerden, Toilettengänge auf Anweisung), aber bei den Non-Trainees (die dergleichen Reglementierung wahrscheinlich nicht brauchten). Der Faktor wird daher durch die zweite Faktorenanalyse vom Faktor 1 abgetrennt, während er in Matrix 1 natürlich im K I-Faktor aufging. Hier zeigt er deutlich, was bei Faktor 2 mit seiner relativ geringen K I / NT - Ladung sich angedeutet hatte: der Faktor K II / NT sitzt gewissermaßen zusätzlich über dem generelleren K I-Faktor, der Trainees wie Non-Trainees umfaßt, während die Kontakte II zum größten Teil den Non-Trainees zufallen .Das scheint wieder zu bedeuten, daß vor allem Hygiene- und Kleidungsverrichtungen schematisch und quasi am Fließband bei allen Patienten auf einer Station vorgenommen werden, ob sie das auch allein könnten oder nicht, begleitet von S und V, d.h. die Initiative geht vom Pfleger aus, und er reglementiert und weist an, während er diese Art von Kontakt mit den Pfleglingen unterhält. Hoch negativ auf diesem Faktor lädt BVZG K II (bzw. hoch positiv die Bevorzugung von K I). Daß diese K I-Bevorzuger nicht auch die NT-Bevorzuger sind,

ist leicht verständlich (negative Ladung unterhalb des Abbruchkriteriums); es scheint sich hier wieder die Rollenverteilung am Arbeitsplatz in K I-Personen, K II-Personen und O-Personen wiederzufinden, die die KFA bereits geschildert hatten. Zum Gespräch kommt es bei diesen Verrichtungen bezeichnenderweise wieder nicht (G/NT), eher schon zu V (G/NT gehört eben zu Faktor 2), was gut in dieses Rollenbild hineinpaßt.

K I / NT = .81	BVZG K II = -.89
V / NT = .42	BVZG NT = -.31
S / NT = .39	G / NT = -.25
V / T = .25	

Faktor 5 ist wieder wesentlich der "Besetzungsschlüssel-Faktor" aus Matrix 1. Am höchsten lädt er auf der Signatur P. Dies bedeutet wieder, daß Pausen umso eher und ausgiebiger gemacht werden, je relativ mehr Pflegepersonen auf einer Station sind. Das gilt für die pausenfreudigen, relativ besser besetzten Stationen vor allem bei "höherstehenden" Pfleglingen, denn die Variable "Pfleglingsniveau" lädt negativ, d.h. entgegen der vom Pflegepersonal oft geäußerten Klage, es käme aus Zeitmangel nicht dazu, sich mit den Patienten zu beschäftigen, scheint ein Nachlassen des Zeitdrucks wegen relativ günstiger Besetzung und nicht ganz so hilflosen Pfleglingen eher dazu zu führen, daß mehr Pausen gemacht werden (also der Kontakt zu Patienten abgebrochen wird). Die Ladungsmatrix weist entsprechend schwächere negative Ladungen für R / NT und S / NT sowie für O aus. Der Faktor wirkt also eher zu Lasten als (allen Deklamationen zum Trotz) zu Gunsten der Kontaktbereitschaft höherstehenden Patienten gegenüber. Dies gilt nicht für die Trainees, da deren Kontakte ohnehin die der Art I sind und erstens fest in die Routine eingebaut und zweitens schon so knapp bemessen sind, daß sie nicht mehr gekürzt werden können. Der Faktor scheint also umso eher auszuwirken, je mehr Betten eine Station hat (die

Ladung für die Variable "Anzahl der Betten" ist jedoch ziemlich schwach).

Besetzungsschlüssel	= .92	Niveau der Pat.	= -.37
P	= .71	R / NT	= -.20
		S / NT	= -.29
		O	= -.21
		N der Betten	= -.26

Faktor 6 schließlich ist wieder der "Dienstalter-Faktor" aus Matrix 1. Je höher das Dienstalter, umso eher wird eine Pflegeperson O-Tätigkeiten übernehmen. Negativ lädt er hoch nur auf einer Kontakt-Variablen - nämlich ausgerechnet A / NT. Das pädagogisch wichtigste und schwierigste Unterfangen, die Anleitung der Non-Trainees, ist genau das, was mit steigender Erfahrung am deutlichsten zurückgeht, nicht etwa umgekehrt. Das gilt in weniger deutlichem Maß auch für A / T. Daß der Faktor negativ auf B und P lädt, daß sich die dienstälteren Pflegekräfte kaum Zeit zu Pausen und diffusen Beobachtungskontakten nehmen, war bereits aus den KFA und der Matrix 1 bekannt.

Dienstalter	= .87	A / NT	= -.51
O	= .70	A / T	= -.26
		B	= -.35
		P	= -.23

Die Anteile der durch diese 6 extrahierten Faktoren erklärten Varianz an der Gesamtvarianz sind die folgenden:

Faktor 1 ("Trainee-Faktor")	= 28.92 %
Faktor 2 ("Non-Trainee-Faktor")	= 26.29 %
Faktor 3 ("Beobachtungsfaktor")	= 7.13 %
Faktor 4 ("K I / NT - Faktor")	= 8.79 %
Faktor 5 ("Besetzungsschlüssel")	= 7.51 %
Faktor 6 ("Dienstalter-Faktor")	= 7.54 %
Erklärter Anteil der Varianz	86.13 %

2.1.4. Zusammenfassung des Hauptteils 1

Um einen mehr als bloß impressionistischen Eindruck davon zu bekommen, wie oft, weshalb und welche Art von Kontakten zwischen Patienten und Pflegepersonen ablaufen, wurde auf den sechs Stationen, die inkontinente Pfleglinge beherbergen, das Verhalten der Pflegepersonen am Arbeitsplatz systematischer beobachtet. Es wurden auf jeder Station drei ganze Tage beobachtet; Beobachtungsbasis waren auf diese Weise 445 Stunden Arbeitszeit, die von 32 Pflegepersonen geleistet wurden. Verwendet wurde ein Signierungskatalog mit 16 Signaturen, von denen in jedem 10-Sekunden-Zeitraum mindestens eine vergeben werden mußte, um die Patientenkontakte und Tätigkeiten der Pfleger zu beschreiben. Beobachter waren 19 vortrainierte Studenten und Abiturienten. Das Beobachtungsschema war so angelegt, daß es die Unterscheidung erlaubte, ob ein Kontakt mit einem inkontinenten Patienten stattgefunden hatte oder mit einem, der adaequates Toilettenverhalten zeigte. Die Auswertung der Beobachtungsdaten beruht somit auf Häufigkeitsdaten, die direkt in Zeitspannen umgesetzt werden konnten, weil eine Signatur ja auch eine Zeiteinheit (10 Sek.) bedeutet.

Die Ergebnisse werden zunächst für die vier Auswertungsschritte getrennt zusammengefaßt:

a- "at face value": Hauswirtschaftliche und organisatorische Tätigkeiten, die keinen Kontakt mit Patienten umfassen, nehmen im Durchschnitt ca. 42 % der Arbeitszeit in Anspruch; diese Verrichtungen sind damit die häufigsten innerhalb der hier verwendeten Klassifizierung. Weitere 12 % der auf der Station zugebrachten Arbeitszeit gehen mit Pausen hin, bei denen sich die Pfleger von den Patienten absondern. Mehr als die Hälfte der Arbeitszeit auf einer Station wird demnach ohne Kontakt mit den Patienten zugebracht. Dabei schwankt dieser Anteil zwischen einem und zwei Drittel der Arbeitszeit, je nach Station. Beobachtung,

definiert als bloße Anwesenheit im gleichen Raum mit Patienten ohne deutliche und auf ein bestimmtes Individuum gerichtete Kontakte nehmen durchschnittlich noch einmal 7 % der Arbeitszeit in Anspruch.

Nur die ca. 39 % restlicher Arbeitszeit entfallen auf die verschiedenen Arten von Kontakten mit Patienten. Fehlverstärkungen, d.h. Zuwendung und Beachtung irgendwelcher Art für aggressives, destruktives oder sonstwie unerwünschtes Verhalten sowie für Einkoten und Einnässen sind wider Erwarten selten und machen noch nicht einmal 1 % der signierten Kontakte aus.

Verrichtungen wie Füttern, Waschen und Baden, An- und Ausziehen von Pfleglingen, Hilfen beim Kämmen und Zähneputzen etc. sowie kleine Routinehilfen wie Aufheben von Gegenständen, etwas Abwischen etc. nehmen von diesen 39 % noch einmal 14 % in Anspruch. Diese Kontakte wurden zusammengefaßt unter der Oberkategorie "K I", d.h. gewissermaßen "niedrige" Kontakte. Damit sind solche gemeint, die gewissermaßen als Nebenprodukt pflegerischer Routineverrichtungen anfallen (wie Körperkontakt beim Baden), aber nicht um ihrer selbst willen im Sinne echter Kommunikation, also Austauschs auf verbalem oder quasi-verbalem Weg, ablaufen. Diese zweite Art von Kontakten wurde unter die Oberkategorie "K II" zusammengefaßt; damit sind also gewissermaßen die "höheren" Kontakte im Sinne von Kommunikation konventionellerer Art gemeint. Diese nehmen das restliche Viertel der Gesamtarbeitszeit in Anspruch. Am häufigsten ist dabei das Gespräch mit Patienten, das ungefähr 10 % der beobachteten Signaturen ausmacht und beim Pflegling zumindest grundlegende Kommunikations- und Verbaltechniken voraussetzt. Ca. 5 % entfallen noch einmal auf die Anweisungen und Verbote; jeweils 3 % auf die Richtungssignaturen, die angeben, ob ein Pfleger von sich aus den Kontakt eröffnet hat, oder ob er auf einen wahrgenommenen Kontaktwunsch reagiert hat. Anleitung und Unterweisung sind noch seltener und machen nur rund 2 % der Ge-

samtarbeitszeit aus; die Wahrscheinlichkeit, daß neues Verhalten gelehrt wird, ist also gering; eher schon scheint die Übung vorhandener Verhaltensmuster möglich zu sein. Die Vermutung schien naheliegend, daß die Patienten in einem Zustand chronischen Kontaktdefizits leben, der Ähnlichkeit mit den Bedingungen sensorischer Deprivation aufweist. Pro Patient stehen durchschnittlich nämlich rund 45 Minuten täglicher Pfleger-Arbeitszeit zur Verfügung, von denen etwa 27 Minuten mit Tätigkeiten zugebracht werden, die keinen Kontakt mit dem Patienten beinhalten. Nur etwa 18 Minuten pro Tag hat ein Patient durchschnittlich Gelegenheit, mit einem Pfleger zu kommunizieren; in diesen 18 Minuten ist jedoch der Zeitaufwand beim morgenlichen Waschen, beim An- und Ausziehen und bei den Toilettengängen enthalten. Emotionale und soziale Bedürfnisse bleiben folglich unbefriedigt und werden behandelt, als seien sie nicht existent bei Behinderten, wo sie jedoch gerade besonders groß sein dürften. Die Betreuung der Behinderten erschöpft sich folglich in bloßer Aufbewahrung und Erhaltung ihrer physischen Existenz.

Die Schwankungen für die Signaturhäufigkeiten waren zwischen Stationen stark und meist statistisch bedeutsam. Mittelwertsberechnungen schienen daher zu groß; da sich die Stationsfrequenzen aus Pflegeperson-Frequenzen addierten, wurde mit den Datensätzen für die 32 beobachteten Pflegepersonen weitergerechnet, so daß Korrelationen statt Unterschiedsprüfungen zu den Hauptstatistiken wurden.

b- Zahlen bezogen auf Pflegepersonen ohne Rücksicht auf Pfleglingsgruppen:

Bezogen auf Pflegepersonen fand sich eine starke Schwankung im Anteil von Kontakten an der Gesamt-Arbeitszeit, nämlich zwischen 13 % und 61 %. Tätigkeiten, die mit Pfleglingskontakten verbunden sind, fallen bevorzugt den Hilfskräften zu, während die Vollpfleger sich vor allem kontaktfreien Wirtschafts- und Organisationstätigkeiten widmen. Da die

Hilfskräfte solche sind, weil sie keine qualifizierte einschlägige Ausbildung besitzen und erst relativ kurze Zeit in der Einrichtung arbeiten und da die Vollpfleger und Abteilungsleiter sich für diese Stellung in der Regel durch höheres Dienstalter und das Krankenpfleger-Examen qualifizieren, hat Kontakthäufigkeit auch mit Dienstalter und Ausbildungsstand zu tun. Diese Zusammenhänge gehen jedoch in die entgegengesetzte Richtung, wie das erwartet worden war: der Kontakt mit Patienten nimmt mit zunehmender Diensterfahrung und Höherstellung in der Diensthierarchie nicht zu, sondern ab.

c- Zahlen bezogen auf Pflegepersonen bei Differenzierung der Pfleglinge nach Trainees und Non-Trainees

Wie erwartet, vereinigen die Trainees tatsächlich relativ mehr Kontakte der Art I ("niedrige" Kontakte) auf sich, als ihnen bei Gleichverteilung dieser Kontakte zukäme. Ähnlich sieht das Bild für die Non-Trainees aus: insgesamt vereinigen sie mehr Kontakte der Art II ("höhere" Kontakte) auf sich, als ihnen bei Gleichverteilung zukäme. Es scheint hingegen keinen einheitlichen Kontaktstil allen Patienten gegenüber zu geben, sondern es deuten sich zwei verschiedene Kontaktarten an, die, wenn man sie addiert, die Unterschiede verwischen. Weder T noch NT vereinigen insgesamt mehr Kontakte auf sich, als zu erwarten wäre.

Es gibt weiter Personen, die Kontakte mit NT bevorzugen, und zwar die Vollpfleger. Da sie gleichzeitig insgesamt weniger Patientenkontakte eingehen, scheint dies vor allem zu Lasten der Trainees zu gehen.

Nur etwa die Hälfte der beobachteten Betreuer bevorzugt die Trainees deutlich in Bezug auf "niedere" Kontakte (K I); es war erwartet worden, daß das fast alle tun, weil es schon in der Definition von K I "eingebaut" schien. Umgekehrt wurde erwartet, daß in aller Regel die Pfleger die Non-Trainees bezüglich K II ("höherer" Kontakte) bevorzugen. Das war in viel deutlicherer Ausprägung der

Fall. Es liegt die Vermutung nahe, daß sich K I einigermaßen gleichmäßig auf Patienten verteilen, K II aber zusätzlich vor allem den Non-Trainees zugute kommt.

Die relative Bevorzugung der T bzw. NT durch eine Pflegeperson geht durch alle Kontaktgruppen (K I und K II wie K gesamt), obwohl K I und K II im Ausmaß nicht korrelieren. Es gibt wohl so etwas wie einen persönlichen habituellen Kommunikationsstil der Pflegepersonen. Es zeigte sich auch, daß es K II-Bevorzuger bzw. K I-Bevorzuger unter den Pflegepersonen gibt. Mit den in die KFA eingebrachten Variablen Dienstalter, Stellung in der Hierarchie, Ausbildungsstand, Kontaktfrequenz ließ sich diese Dimension nicht in Verbindung bringen.

d- Ergebnisse bezogen auf das Kategoriesystem: Korrelationen und Faktorenanalysen

Matrix 1 faßte die Interkorrelationen von Signaturfrequenzen und einigen Pflegerkennwerten ohne Rücksicht auf Pfleglingsgruppen zusammen. Es zeigten sich folgende Zusammenhänge:

- Hoher O-Anteil an der Arbeitszeit geht hauptsächlich zu Lasten von K II, nicht so sehr von K I,
- Hoher O-Anteil heißt auch, daß wenig B (Beobachtung) signiert wird,
- Pausen gehen gleichermaßen zu Lasten beider Kontaktarten, haben aber nichts mit der O-Frequenz zu tun,
- Die apriorische Gruppierung von Signaturen in K I und K II scheint revidiert werden zu müssen; H und B nehmen jeweils eine Sonderstellung ein,
- Die Sammelsignaturen K I und K II korrelieren nicht miteinander,
- Je weniger Betten eine Station hat, umso mehr wird gefüttert, umso mehr wird reglementiert und verboten, umso enger ist das Verhaltensrepertoire der Patienten,
- Mit steigendem Pfleglingsniveau werden Kontakte der Art II nicht häufiger, sondern nur Kontakte der Art I seltener; d.h., es wird dabei die Bevorzugung der Non-Trainees

deutlicher. Der O-Anteil an der Arbeitszeit geht mit steigendem Niveau der Patienten nicht zurück,

- Je günstiger das Verhältnis Patienten-Personal, umso mehr Pausen werden gemacht. Buchstäblich alle Kontakte außer H und B gehen mehr oder weniger stark zurück, am stärksten S, R und K, a, b, d, d.h. die Reaktionsbereitschaft Patienten gegenüber scheint abzunehmen. Auch O nimmt nicht zu, sondern ab. Es erscheint daher sehr fraglich, ob Verbesserung des Pflegeschlüssels allein zu vermehrtem Kontakt mit Patienten führt, wie die Pflegepersonen durch Klagen über mangelnde Kontaktmöglichkeiten wegen Unterbesetzung der Stationen immer unterstellen; ebenso wenig scheint die bloße Verkleinerung einer Station per se mehr Kontakte herbeizuführen,
- Die Bevorzugung der Kontakte II als Pflegermerkmal bedeutet in Signaturfrequenzen übertragen nur, daß diese Personen mehr G-Signaturen auf sich ziehen als andere, nicht aber größere Reaktionsbereitschaft (daß sie also quasi redseliger sind, eingegangene Kontakte länger aufrecht erhalten), und daß sie K I und H umgehen,
- Die Bevorzugung der Non-Trainees als Pfleger-Merkmal bedeutet, daß diese Personen weniger Patienten-Kontakte eingehen, und zwar in <u>beiden</u> Kontaktarten, wobei der Unterschied für K I allerdings viel deutlicher ist. Vor allem R und S nehmen ab, je einseitiger die Non-Trainees bevorzugt werden. Dafür nimmt nicht etwa O zu, sondern P. Diese Personen ziehen Patienten wenig heran, disziplinieren offenbar kaum und fehlverstärken wenig, weil sie Kontakte mit Patienten eher umgehen und in Pausen flüchten; das wenige an Kontakten reservieren sie einseitig für die Non-Trainees.
- Mit steigendem Dienstalter, also auch mit zunehmender Erfahrung und höherer Stellung in der Stationshierarchie, nimmt entgegen der Erwartung die Neigung zu Kontakten mit Patienten und die Beobachtung nicht etwa zu, sondern ab; dafür wird immer mehr Zeit mit zuwendungsfreien O-Tätigkeiten zugebracht.

Die Faktorisierung der Matrix 1 ergab folgende 7 Faktoren:

Faktor 1 konnte als der "Faktor der täglichen Pflegeroutine" betrachtet werden, bestehend aus W, N und S mit einem negativen Bezug zu BVZG K II und BVZG NT sowie der Pausenhäufigkeit. H muß aus K I ausgegliedert werden.
Faktor 2 könnte als der Faktor "Bereitwilligkeit zum Gespräch" bezeichnet werden. Er besteht vor allem aus den Signaturen G, R, A und BVZG K II; die drei Kontaktsignaturen würden die revidierte Kategorie "Kontakte der Art II" ergeben. Im Gegensatz zu Faktor 1 lädt O hoch negativ auf diesem Faktor.
Faktor 3 wurde der "Besetzungsschlüssel-Faktor" genannt. Je günstiger der Besetzungsschlüssel, umso geringer wird die Reaktionsbereitschaft auf Patienten, aber umso größer wird die Neigung zu Pausen. Die Kontaktbereitschaft insgesamt geht zurück, ohne daß O gleichzeitig ansteigt.
Faktor 4 wurde als "Pfleglingsniveau-Faktor" bezeichnet. Er besagt, daß das durchschnittliche Verhaltensrepertoire auf kleineren Stationen enger ist, daß eher gefüttert und angeleitet wird, wenn die Patienten im Durchschnitt weniger Verhalten zur Verfügung haben, daß aber beim Waschen, An- und Ausziehen und bei Toilettengängen auch nicht mehr geholfen wird als üblich (wohl weil dies überall nach dem gleichen Schema gehandhabt wird) .
Faktor 5 wurde der "Dienstalter-Faktor" genannt. Er besagt, daß mit steigendem Dienstalter die Neigung zu organisatorischen, d.h. kontaktfreien Tätigkeiten sowie zur Reglementierung der Patienten wächst, die Neigung zu Pausen gleichzeitig sinkt.
Faktor 6, der "Hilfestellungs-Faktor", besteht praktisch nur aus der Signatur H, die eine Sonderart von Kontakt darzustellen scheint. V lädt negativ auf diesem Faktor.
Faktor 7 zeigt eine vierte Kontaktart auf, die "Beobachtung", die als B signiert und als "Quasi-Kontakt unklarer Relevanz für die Pfleglinge" gedacht wurde. Die Abtrennung von den eindeutigen Kontakten geschah offenbar zu Recht. V lädt positiv, O negativ auf diesem Faktor; d.h. er gibt

wohl eine Neigung zur Kontrolle des Geschehens auf der Station bezüglich des Patientenverhaltens wieder, ohne daß Organisatorisches in starkem Maße übernommen würde.

Die Faktoren 1, 2, 6 und 7 können als "Pfleger-Kontakt-Faktoren" bezeichnet werden; sie erklären rund 50 % der Gesamtvarianz. Die Faktoren 3, 4 und 5 können als "Verhältnisse-Faktoren" verstanden werden und binden rund 33 % der Gesamtvarianz.

Matrix 2 unterscheidet sich von Matrix 1 in erster Linie dadurch, daß die Signaturfrequenzen nach T und NT getrennt wurden, d.h. es wurde die Information einbezogen, ob ein Kontakt mit einem kontinenten oder mit einem inkontinenten Patienten abgelaufen war. Die so erhaltenen Teilfrequenzen wurden in Quotienten verwandelt, um sie dem T / NT-Verhältnis auf der Station entsprechend zu gewichten. Die Matrix wurde so interpretiert, daß über der Struktur der Matrix 1 eine zweite Unterteilung gelegt wurde, die in T-bzw. NT-Kontakte. Wenn entsprechend nicht ein einheitlicher Kontaktstil angewandt wird, sondern für Trainees bzw. Non-Trainees zwei deutlich verschiedene, so mußten vor allem ein T-Faktor und ein NT-Faktor als stark varianzbindend aus der Matrix 2 extrahiert werden können. Das war auch der Fall, wie die Faktorisierung der Matrix 2 ergab:

Faktor 1 wurde als der Trainee-Faktor bezeichnet. Kontakte der Art I und G, R und S liegen jetzt nahe zusammen, auch A und V laden noch hoch positiv. Negativ laden die Merkmale BVZG NT und die Anzahl der Betten auf einer Station auf dem Faktor, d.h. Personen, die auf kleineren Stationen arbeiten und nicht Kontakte bevorzugt mit NT eingehen, dürften hohe Frequenzen in diesem Komplex aufweisen.
Faktor 2 wurde als der "Non-Trainee"-Faktor bezeichnet. K I liegt jetzt nicht mehr im Zentrum des Faktors, lädt aber noch hoch, ebenso A und V. Zentral liegen S, G und R mit den Non-Trainees für diesen Faktor. Das durchschnittliche Niveau (= Verhaltensrepertoire) der Patienten auf

einer Station lädt erwartungsgemäß positiv auf diesem Faktor. Die Negativladung für das Merkmal "Anzahl der Betten auf der Station" ist noch höher als bei Faktor 1.

Ein Generalfaktor "Kontaktfrequenz" wurde nicht gefunden; die Hauptsignatur "Kontakte insgesamt" (K) ist ein durch Addition zustandegekommenes Artefakt, das das Vorhandensein zweier deutlich getrennter Kontaktstile verwischt. Diese werden erzeugt durch die zwei Patientengruppen, und die Trennung ist unerwartet scharf: Wer mit Trainees bevorzugt zu tun hat, hat wenig mit den Non-Trainees zu tun und umgekehrt; der Umgang einer Person mit einem Patienten umfaßt fast alle Signaturen, wenn auch die Akzente je nach Gruppe verschieden liegen. V als einzige Signatur paßt nicht in dieses Muster.

Faktor 3 ist wieder der "Beobachtungs-Faktor" aus Matrix 1, etwas präziser gefaßt: Positivladung auf V / T, Negativladung auf A allgemein und auf O.

Faktor 4 soll der "K I / NT"-Faktor heißen; er stellt eine Unterart der Kontakte mit den Non-Trainees (also Faktor 2) dar. Faktor 2 lädt hoch auf G; Faktor 4 tut das jedoch nicht, sondern er tut es auf V und S / NT; negativ lädt auf ihm die BVZG K II. Dieser Faktor scheint zwischen den Faktoren 1 und 2 angesiedelt zu sein und wiederzugeben, daß bei den Hygieneverrichtungen und beim Essen mit den Non-Trainees ebenso verfahren wird wie mit den Trainees, daß aber darüber hinaus für die Non-Trainees noch Kontakte höherer Art zustande kommen, die für die Trainees entfallen. Diese Hygiene-Routine kommt auf Initiative der Pfleger zustande und ist mit Reglement verbunden, und es sind die Personen, denen generell diese Verrichtungen zufallen. Der Faktor 1 aus Matrix 1 teilt sich hier also auf, je nach Patientengruppe. "Niedrige" Kontakte werden also ohne Rücksicht auf Patientengruppe ziemlich gleichmäßig von bestimmten Personen eingegangen; "höhere" Kontakte kommen bevorzugt den Non-Trainees zu, und zwar zusätzlich, während die "niedrigen"

für die Trainees weitgehend die einzigen Kontakte zu bleiben scheinen. Entgegen der Erwartung scheint es nicht so zu sein, daß die Trainees, falls sie selbständiger würden, weniger Kontakte erhalten würden; andererseits dürfte für sie größere Selbständigkeit und Kontinenz trotzdem nicht "lohnend" sein, weil ihnen wohl die kommunikativen Fertigkeiten nicht zur Verfügung stehen, die die Non-Trainees von den Trainees unterscheidet (s. 3.1.3.).

Faktor 5 ist offenbar wieder der "Besetzungsschlüssel"-Faktor aus Matrix 1.

Faktor 6 ist wieder der "Dienstalter"-Faktor aus Matrix 1, der auf A bei Trainees wie bei Non-Trainees und auf B negativ lädt.

Erwartungsgemäß erklären die beiden ersten Faktoren einen sehr großen Anteil der Gesamtvarianz der Matrix 2, nämlich zusammen 55 %.

Der Hauptteil 2 dieser Untersuchung befaßt sich mit einer Art Planspiel. Da offenbar weder Verkleinerung der Stationen allein noch Verbesserung des Besetzungsschlüssels allein Grundsätzliches am Kontaktverhalten der Pfleger ändert, wurden beide Maßnahmen getroffen (also eine zugleich kleine und günstiger besetzte Station geschaffen), da es ja darum ging, praktikable Vorschläge zu machen, wie als günstig erachtete Bedingungen herbeigeführt werden könnten, und die günstigen Auswirkungen solcher Bedingungen nachzuweisen. Zudem wurde das Kontaktverhalten der Pflegepersonen per Instruktion drastisch verändert; am Maß ihrer Erfahrung und Ausbildung konnte natürlich nichts wesentliches verändert werden. Diese Schritte und die Auswirkungen auf das Patientenverhalten werden im zweiten Teil jetzt genauer beschrieben, bevor im Schlußteil dann die organisatorischen und planerischen Konsequenzen diskutiert werden.

3. HAUPTTEIL II

3.1. Das Training - Beschreibung der Vorbereitungen und Rahmenbedingungen

Aus den bisherigen Überlegungen und Erfahrungen ergab sich, daß folgende Rahmenbedingungen erforderlich schienen:

- das Training konnte nicht auf einer der bestehenden Stationen mit einem Teil der Patienten dort durchgeführt werden, auch nicht durch zusätzlich dorthin versetztes Personal, denn kontingente Verstärkung bzw. andere verhaltensmodifikatorische Maßnahmen wären dennoch schwerlich möglich gewesen,
- vielmehr mußte eine besondere Trainingsstation geschaffen werden, auf der Überschaubarkeit und Kontrollierbarkeit der Abläufe möglich waren, und wo mit Pflegetraditionen der Großstation und organisatorischen Gewohnheiten bei Bedarf gebrochen werden konnte,
- das Training mußte in kleinen Gruppen durchgeführt werden,
- das Training mußte durch Mediatoren durchgeführt werden, weil jede andere Lösung als die - pädagogische - Versorgung durch Laien in der Praxis auf absehbare Zeit nicht realisierbar sein wird,
- das Training mußte unter einer ausreichenden Patienten-Betreuer-Relation ablaufen,
- die Mediatoren sollten teils psychologische Laien sein und teils nicht, um Aufschlüsse über die Notwendigkeit spezifischer lernpsychologischer Information zu erhalten,
- das Training sollte den normalen sozialen Kontext der Patienten ändern; die sozialen Deprivationsbedingungen, wie sie im Hauptteil I beschrieben worden waren, sollten ersetzt werden durch Verhältnisse, die einen ungefähr normal "dichten" Sozialkontakt erlaubten,
- als Verstärker sollten dabei in erster Linie soziale verwendet werden, als Strafe deren Entzug (time-out).

Die Vorbereitungen konzentrierten sich daher zunächst darauf, eine solche Trainingsstation verfügbar zu machen. Die räumlichen Möglichkeiten der beschriebenen Einrichtung sind so, daß ein Raum nur auf Kosten irgendeiner Benutzergruppe freizubekommen ist (d.h. daß immer jemand verärgert wird). Schließlich ließ sich das Problem dadurch lösen, daß in einem Neubau der Bezug einer fertigen Station zugunsten des Trainings hinausgeschoben wurde. Diese Station wird in Abschnitt 3.1.5. noch genauer beschrieben. Der Neubau ist für die Unterbringung Behinderter gedacht, aber wie ein übliches Krankenhaus geplant und gebaut. Inwieweit dieses architektonische Modell eine vernünftige Konzeption für Schwerbehinderte ist, wird im letzten Abschnitt diskutiert werden.

Nachdem das Raumproblem gelöst war, wurde die Trainingsprozedur festgelegt, und die dazu nötigen Apparate wurden beschafft. Es war ja bereits begründet worden, weshalb die Vorgehensweise zum Erreichen adaequaten Toilettenverhaltens nicht zu Debatte stehen, sondern als Konstante in die Untersuchung eingehen sollte. Es wurde unter den berichteten Prozeduren die von Azrin und Foxx (1972) ausgewählt, weil sie die wirksamste und simpelste zu sein schien und der apparative Aufwand gering war. Zudem würden die angeschafften Apparate wieder verwendbar sein.

Sodann wurden die Versuchspersonen definiert. Es waren dies alle tags und nachts inkontinenten Patienten, genannt Trainees, die auf den 6 beobachteten Stationen lebten (bis auf zwei, von denen einer blind, der andere zu stark cerebral bewegungsgestört war, um laufen zu können; ein blinder und ein immobiler Patient hätten eigene Trainingsprogramme erforderlich gemacht). Zwei taube Patienten und mehrere mit nicht ganz so ausgeprägten cerebralen Lähmungen (sog. "Spastiker") wurden hingegen aufgenommen. Die Patienten wurden sodann in Gruppen zusammengefaßt, die aufgrund der geschätzten Weite ihres Verhaltensrepertoires (PAC-Skala) so gematcht waren, daß alle etwa den gleichen Mittelwert

und etwa die gleiche Standardabweichung aufwiesen. Nähere Angaben dazu finden sich in den Abschnitten 3.1.1. bis 3.1.3.

Schließlich wurden die Mediatoren angeworben. Dieser Schritt führte erst nach langen Verhandlungen und endlosen Termindebatten zum Ziel, da es wegen der chronischen Personalknappheit kaum möglich war, Personen aus dem Pflegedienst abzuziehen. Daran scheiterte letztlich auch die Absicht, teilweise erfahrene ältere Pfleger als Mediatoren einzusetzen, so daß nur junge Betreuer mit verschiedenen Graden von Vorwissen und Erfahrung als Trainer fungieren konnten, obwohl einige "Altgediente" reges Interesse am Training bekundeten.

Als nächster Schritt wurde ein Kurzprogramm entworfen, mit dessen Hilfe die Mediatoren etwas theoretisch auf ihre Aufgabe vorbereitet werden sollten. Ein schriftliches Résumé dieser Einführung, das die Mediatoren mitbekamen, ist im Anhang beigeheftet.

Nach Abschluß der Termindiskussion für das Training, die auf Schulferien, Urlaubswünsche, sonstige Personalengpässe, Umzugstermine für Stationen in den Neubau und viele weitere Einzelheiten Rücksicht zu nehmen hatte, wurde schließlich als letzter Schritt der Vorbereitungen eine Art pilot study durchgeführt, um einige praktische Vorerfahrungen zu haben, die sonst vielleicht auf Kosten der ersten Versuchsgruppen hätten gesammelt werden müssen, was die Ergebnisse möglicherweise verzerrt hätte.

Für die pilot study wurden zwei Gruppen inkontinenter Kinder gebildet. Erwachsene Männer sollten nicht "verbraucht" werden für Vorstudien, da sie alle ins Training selbst kamen. Die erste Vorgruppe bestand aus 10 Mädchen, durchschnittlich schon im Jugendlichen-Alter. Sie wurden nicht bezüglich Toilettenbenutzung trainiert, lebten aber eine Woche auf der zukünftigen Trainingsstation. Betreuer waren 2 x 2 Schüler der Heilerziehungspflege im dritten Ausbildungsjahr mit langjähriger Diensterfahrung vor Beginn der Aus-

bildung. Die Kinder waren schwerer behindert (im Sinne engerer Verhaltensrepertoires) als die erwachsenen Trainees. Die zweite Vorgruppe bestand aus 10 Jungen, vergleichbar den Mädchen nach Behinderungsgrad und Alter, aus dem selben Kinderhaus. Sie hatten 2 x 2 andere Betreuer aus dem gleichen Ausbildungsjahrgang.

Die Vorgruppen wurden nicht systematisch hinsichtlich Verhaltensänderungen ausgewertet. Es ging um praktische Vorerfahrungen, um Fehlschläge aufgrund von bloßer Fehlorganisation im Training selbst zu vermeiden, und um nicht die erste Trainingsgruppe zu benachteiligen. Die Vorgruppen-Erfahrungen führten zu folgenden Änderungen:

- Die Zahl der Trainees pro Gruppe wurde von 10 auf 7 gesenkt. Die Mediatoren, so erwies sich, sind zumindest am Anfang mit 10 Schwerbehinderten überfordert, die schon wegen der Verlegung zunächst stark unruhig und ängstlich sind.
- Um alle 49 in Aussicht genommenen Trainees dennoch ins Training zu bringen, wurde die Zahl der Versuchsgruppen folglich von ursprünglich 5 auf 7 erhöht, womit allerdings noch mehr Mediatoren benötigt wurden.
- Die in Aussicht genommene Trainingsdauer von 7 Tagen (mit Einführungs-Veranstaltung) wurde auf insgesamt 12 Tage erhöht. Die eine Woche als Trainingszeitraum hatte sich an dem Bericht von Azrin und Foxx (1972) orientiert, die jedoch öffenbar mit weniger schwer Behinderten gearbeitet hatten. Nach den Vorerfahrungen schien diese Zeitspanne etwas knapp, um eine ausreichende Zahl von Lerndurchgängen beim Toilettentraining zu bekommen.
- Es schien wichtig, sich nicht so einseitig auf adaequate Toilettenbenutzung zur Beurteilung des Erfolgs oder Mißerfolgs des Trainings zu stützen. Es wurde deutlich, daß Verhaltensänderungen innerhalb einer viel weiteren Spanne zustande kommen konnten als nur im Toilettenverhalten. Diese mußten miterfaßt werden, so gut es ging. Zudem zeigte sich, daß die Mediatoren dringend weitere

Beschäftigungs- und Anleitungsmöglichkeiten mit den Patienten brauchten, z. B. Spiele, Heranziehen zu allerlei kleinen Verrichtungen, weitere Selbstregelungstätigkeiten etc., um den langen Tag sinnvoll ausfüllen zu können - die Patienten konnten ja nicht ständig zur Toilette geführt werden. Mithilfen in der Küche, selbständiges Waschen, An- und Ausziehen, Ball spielen, Getränke holen und Eingießen etc. konnten jedoch leicht mehr oder weniger gezielt trainiert werden.

- Diese breitere Anlage der Trainingsziele und -schritte mußte sich in einer entsprechend breiteren Form der Erfassung von Änderungen im Patientenverhalten niederschlagen. Leider blieb keine Möglichkeit, die Anzeichen größeren Wohlbefindens der Patienten mitzuerfassen und zu dokumentieren, die für die Trainer offensichtlich waren, wie etwa bewegtere Mimik und Gestik, ein deutliches Zunehmen von Lautäußerungen und Lachen usw. Deshalb wurde nicht nur eine Voruntersuchung mit der PAC-Skala zur Erfassung des habituellen Verhaltensrepertoires vor der Untersuchung vorgenommen, wie ursprünglich geplant, und während und nach dem Training nur das Toilettenverhalten eingeschätzt; statt dessen wurde die PAC-Skala für jeden Patienten insgesamt dreimal erhoben, nämlich zusätzlich unmittelbar nach dem Training und ein weiteres Mal zwei Monate danach, d.h. nach Rückverlegung der Pfleglinge auf ihre Stationen. Es wurde so aus der ursprünglich geplanten einmaligen Einschätzung eine Art Monitoring.

Nun zu den Einzelheiten der Vorbereitung und des Ablaufs des Trainings.

3.1.1. Beschreibung des Monitoring-Instruments, der PAC-Skala

Es handelt sich bei dieser Skala um eine standardisierte Verhaltensbeschreibung, nicht um einen Test. Abgeschätzt werden soll ausdrücklich nicht Lernkapazität oder das potentielle Verhaltensrepertoire, sondern das habituelle,

tatsächlich normalerweise angewandte. Die Skala wurde entwickelt an einer großen Einrichtung für geistig Behinderte in Großbritannien, die der hier beschriebenen ähnlich zu sein scheint. Sie ist an einigen hundert behinderten Kindern und Erwachsenen unter englischen Anstaltsbedingungen geeicht. Dies besaß den Vorteil, daß eine relativ gute Relevanz für Anstaltsverhältnisse quasi "eingebaut" war; einige Items sind anstaltsspezifisch. Die meisten sind im Hinblick auf Entwicklungstheorien ausgewählt und stammen teilweise aus anderen Entwicklungstests; andere sind der Vineland Social Maturity Scale entnommen. Die PAC-Skala ist jedoch viel umfangreicher und vielschichtiger als die Vineland-Skala und eben außerdem in weiten Bereichen der Anstaltssituation angepaßt (Über die Konstruktion der Items und ihre Rechtfertigung siehe Gunzburg (1972)).

Die Skala umfaßt drei Teile, die übereinander angeordnet zu denken sind und jeweils einige Überlappungsitems gemeinsam besitzen. Die unterste Skala, genannt Primär-PAC (wobei PAC für "Progress Assessment Chart" steht, in der deutschen Fassung für "Pädagogische Analyse und Curriculum"), erfaßt Verhaltensweisen auf niedriger Entwicklungsstufe und ist geeignet für junge Kinder und Schwerstbehinderte. Sie ist geeicht für behinderte Kinder zwischen 2 und 7 Jahren (nicht für gesunde Kinder); nach Ansicht des Autors der Skala entspricht dies etwa den Verhaltensweisen von Normalkindern im Säuglings- und Kleinkindalter bis zu 3 - 4 Jahren Entwicklungsalter. Die darauf aufbauende Skala PAC-1 sit für mittelgradige Behinderungen bei Erwachsenen oder für ältere behinderte Kinder gedacht; bei gesunden Kindern würden die darin abgefragten Fertigkeiten im Vorschulalter und im ersten Schuljahr in der Regel verfügbar sein. PAC-1 setzt die Bewältigung der PPAC voraus bzw. schließt sie ein. Die dritte Teilskala heißt PAC-2, schließt wiederum die Bewältigung der beiden vorausgehenden Teile ein und ist für erwachsene mittel-

gradig bis leichter geistig Behinderte gedacht; sie erreicht maximal das Niveau von ca. 10jährigen Normalkindern. In jedem Fall sind die Skalen für geistig Behinderte gedacht, die unter Hospitalisierungsbedingungen leben; Vergleichswerte für Lernbehinderte und solche Personen, die bei ihren Familien oder in vergleichbarem Rahmen leben, liegen nicht vor, auch nicht für gesunde Kinder. Für Gesunde gibt es ohnehin eine Reihe von echten Entwicklungstests, und die Unterscheidung geistig Behinderter von anderen Gruppen stand bei der Skalenentwicklung ja auch nicht an.

Die Skalen werden hier als eine einheitliche Skala behandelt, d.h. die bewältigten Items werden einfach zusammengezählt, nachdem die Überschneidungsitems einmal ausgesondert waren, damit sie nicht doppelt in Erscheinung traten. Das galt ohnehin fast nur für die Non-Trainees mit der einmaligen Untersuchung (da sie ja nicht ins Training kamen); für die Trainees reichte die PPAC meist schon aus, ohne daß ein Decken-Effekt zu befürchten gewesen wäre.

Alle Teilskalen sind nach dem gleichen Prinzip in vier Sektoren aufgeteilt: Selbsthilfe (Essen, Toilette, Waschen, An- und Ausziehen), Kommunikation (aktiv, passiv), Beschäftigung (Grobmotorik, Feinmotorik) und Sozialanpassung. Die in Klammern angedeutete Unterteilung der Hauptsektoren ändert sich von Form zu Form etwas, die Haupteinteilung selbst nicht.

Die Skala ist als Ganzes nicht weiter statistisch durchgearbeitet, sondern apriorisch zusammengestellt. Die Zuordnung von einzelnen Items zu Bereichen oder Sektoren ist daher oft zweifelhaft; die Trennung der Entwicklung in Bereiche ist es natürlich ebenfalls. Ist das Körperschema z.B. ein Ergebnis motorischer oder kognitiver Entwicklung? Die Frage ist sicher falsch gestellt; auf dem bloßen Beschreibungsniveau, mit dem sich Gunzburg (1972) und die vorliegende Arbeit zufrieden geben, mag die Ein-

teilung der Skala nach Schwerpunkten hingehen. Die PAC erhebt ja keinerlei Testansprüche, und als Messung auf dem Niveau von Ordinalskalen genügt sie. Die Skala hat andererseits mehrere unbestreitbare Vorteile für die Zwecke dieser Untersuchung: die Items sind durch das Manual in ihren Kriterien meist sehr klar definiert; sie haben großenteils entwicklungspsychologische Relevanz und eignen sich für den, der sich in der Entwicklungspsychologie auskennt, durchaus auch für klinische Einzeluntersuchungen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß die Skala beobachtbares, habituelles Verhalten auf konkretem Niveau beschreibt und keine Konstrukte oder irgendwie postulierte Kapazitätsdimensionen zu Hilfe nimmt wie viele Tests. Schließlich ist die Skala direkt auf Behinderte in der Anstalt und dort relevantes Verhalten hin konzipiert.

Die PAC-Skala schien daher das geeignetste Monitoring-Instrument zu sein, um

- habituelles Verhalten Behinderter zu beschreiben, bevor sie ins Training kamen,
- kurzfristig erreichbare Repertoire-Erweiterungen zu erfassen, die vor allem im Selbsthilfebereich erwartet wurden,
- gegebenenfalls zu zeigen, wie erworbenes neues Verhalten wieder verschwindet, wenn es nicht mehr gefordert wird und die Umwelt des Behinderten sich wieder zum Ausgangspunkt zurückverändert,
- das durchschnittliche Verhaltensrepertoire aller Patienten auf einer Station zu schätzen.

Da ja habituelles Verhalten und dessen kurzfristige Veränderbarkeit zur Diskussion stehen, schien gerade ein Instrument geeignet, das sensibel auf kurzfristige Anpassungen an konkrete Situationen anspricht, geeignet für ein Monitoring. Für einen Test wäre dies eine Untugend, da er ja nicht kurzfristige Schwankungen, sondern stabile

Dimensionen hinter den kurzlebnigen Anpassungsphänomenen erfassen soll. Selbst wenn es einen statistisch gut durchgearbeiteten Spezialtest gegeben hätte, wäre er für eine standardisierte Verlaufsbeobachtung und -beschreibung wohl gar nicht gut geeignet gewesen.

Abgesehen von den Vorteilen der PAC-Skala blieb wohl auch keine Alternative. Dem Verfasser ist kein Test bekannt, der den Zweck der PAC hätte erfüllen können. Der einzige deutsche Spezialtest für geistig Behinderte, die TBGB, ist nur für Kinder geeicht und für die Schwerstbehinderten immer noch zu schwer, denn er setzt passives Instruktionsverständnis durch die Sprache voraus. Zudem ist die TBGB zeitlich enorm aufwendig (3 - 4 Stunden) und liefert, da sie ein verkappter Leistungstest mit sehr reduziertem Schwierigkeitsgrad ist, in diesem Fall bestenfalls die triviale Information, daß es sich bei den Trainees um unterdurchschnittlich "gute" geistig Behinderte handelt. Weiter wären noch Baby-Tests in Frage gekommen (Minnesota Preschool Test, Wechsler Primary and Preschool Scale of Intelligence, Bayley Scales of Infant Intelligence, Stufen der sensomotorischen Entwicklung von Piaget, Casati und Lézine, Cattell Infant Intelligence Scales u.a. [1]). Diese sind, gerade weil sie ausdrücklich Strukturen der kognitiven Entwicklung erfassen wollen und deshalb Kapazitätsitems benutzen, zum Monitoring kurzfristiger und eventuell kurzlebiger Verhaltensänderungen wenig geeignet und außerdem zu einseitig kognitiv konstruiert (Selbsthilfe wie Motorik sind Bereiche,nach denen kaum gefragt wird).

---

[1] auf Literaturangaben für diese Tests wird verzichtet, weil sie in jedem einschlägigen Testkatalog zu finden sind, z. B. dem der Fa. Swets + Zeitlinger, Amsterdam.

Um irgendeinen Anhaltspunkt zu haben, wo die Trainees und Non-Trainees bezüglich einer Testleistung anzusiedeln sind und ob die PAC-Punktzahl überhaupt nenneswert mit einer Testleistung korreliert, wurde folgende Teiluntersuchung durchgeführt:

Bei allen 181 Patienten auf den beobachteten Stationen wurde versucht, den ersten Untertest, BM + CM (Bunte Matrizen und Coloured Matrices) aus der Testbatterie für geistig Behinderte durchzuführen. Es handelt sich dabei um die Kinderform des Tests von Raven, vermehrt um 10 noch leichtere Vorschalttafeln, um den Test nach unten zu erweitern und das Instruktionsverständnis sicherzustellen. Der Untertest wurde gewählt, weil ein Maß im Sinne "flüssiger" Intelligenz am interessantesten schien, nicht irgendeine schulungsabhängige Leistungsdimension. Es konnten nur 67 verwertbare Testergebnisse erhoben werden. Bei den restlichen Patienten war entweder kein Interesse für die Aufgabe oder kein Instruktionsverständnis zu erreichen (das Testheft wurde häufig zerrissen oder versucht aufzuessen), oder sie verweigerten beharrlich und bewußt jede Testung (die Zahl der Mißtrauischen, die bewußt verweigerten, war erstaunlich hoch mit ca. 45).

Folgende Hypothesen waren gebildet worden:

- Das Testergebnis von BM + CM korreliert mit dem erreichten PAC-Gesamtwert signifikant positiv,
- Das Testergebnis von BM + CM korreliert signifikant positiv mit allen Untersektoren der PAC, am höchsten jedoch mit dem Sektor "Kommunikation",
- Die Trainees haben im Mittel niedrigere Testleistungen im Test BM + CM als die Non-Trainees.

Die Ergebnisse basieren also auf 67 Datensätzen. Im Mittel erreichten die Behinderten 23.5 richtige Lösungen im Matrizentest (s = 10.1), was laut Ravens Normen etwa 6jährigen Normalkindern entspricht. Durchführbar war der

Test BM + CM jedoch ohnehin nur mit den "Besten" der Patienten; sie bilden zusammen mit den bewußten Verweigerern die obere Hälfte der Verteilung nach PAC-Punktzahl.

Die Korrelationen sind in folgender Aufstellung zusammengefaßt:

Art der Korrelation	Spearmans r	Signifikanz
BM+CM/PAC-Kommunikation	.76	p = .001
BM+CM/PAC-Sozialanpassung	.67	p = .001
BM+CM/PAC-Selbsthilfe	.59	p = .001
BM+CM/PAC-Beschäftigung	.50	p = .01
BM+CM/PAC-Gesamtwert	.67	p = .001

Von den Trainees konnten ganze 3 den Test BM+CM durchführen. Es sind dies auch die drei mit den höchsten PAC-Punktzahlen unter den Trainees, also deutliche "Ausreißer" nach oben. Die Trainees scheinen unter der Grenze der Testbarkeit zu liegen, auch bei einfachsten Spezialtests für geistig Behinderte.

Alle drei Hypothesen sollen als bestätigt gelten. Daß die PAC-Punktzahl gut mit verschiedenen Testergebnissen korreliert, hatten auch Elliott und McKay (1971) anhand einer Stichprobe von 37 behinderten und 20 gesunden Kindern gefunden: die Korrelationskoeffizienten der PAC-Werte mit dem Stanford-Binet-Ergebnis betrugen r = .57, mit dem Peabody Picture Vocabulary Test-Ergebnis r = .67, mit der Vineland Social Maturity Scale r = .86. Die Koeffizienten für die Untersektoren und die Testergebnisse schwankten zwischen r = .54 und r = .91, wobei immer der Kommunikationsbereich am höchsten mit anderen Testergebnissen korrelierte. Es scheint, daß die PAC doch als Grobschätzung der Intelligenz verwendet werden kann, vielleicht auch dann, wenn der Bereich der sog. "Testfähigkeit" unterschritten wird.

3.1.2. Beschreibung der Patienten-Population auf den 6 beobachteten Stationen mit Hilfe der PAC

Die nachfolgenden Tabellen zeigen für jede Station, welche Punktzahl die dort lebenden Patienten durchschnittlich erreichten. Das Gesamt wird dann in die Gruppen der Trainees und der Non-Trainees getrennt.

PAC - Punktzahl aller Patienten

Station	Selbsthilfe	Kommunik.	Sozialanp.	Motorik	Gesamt
17					
N = 13	39.2	28.2	17.1	26.3	111.2
45/47					
N = 36	61.7	52.8	30.8	39.8	185.8
55/57					
N = 31	52.6	48.9	27.3	37.8	166.0
41/43					
N = 35	39.7	24.8	14.7	25.9	104.5
33/35					
N = 44	40.3	26.5	13.8	25.2	107.1
29/31					
N = 22	46.1	47.1	24.1	26.6	144.3
Gesamt	47.1	37.9	21.2	30.7	137.4
N = 181	s=19.6	s=27.1	s=15.4	s=14.2	s= 73.5

PAC - Punktzahl aller Trainees

Station	Selbsthilfe	Kommunik.	Sozialanp.	Motorik	Gesamt
17					
N = 6	28.0	19.5	11.0	18.2	76.8
45/47					
N = 3	28.3	13.3	9.7	13.7	67.0

Station	Selbsthilfe	Kommunik.	Sozialanp.	Motorik	Gesamt
55/57					
N = 8	31.3	24.1	12.3	25.6	93.2
41/43					
N = 16	29.2	16.6	10.1	19.1	74.8
33/35					
N = 17	23.9	12.4	6.3	17.0	59.6
29/31					
N = 6	26.5	17.3	10.3	14.8	69.0
Gesamt	27.5	16.6	9.3	18.6	72.0
N = 56	s= 6.5	s= 9.9	s= 4.5	s= 8.3	s=25.3

PAC-Punktzahl aller Non-Trainees

Station	Selbsthilfe	Kommunik.	Sozialanp.	Motorik	Gesamt
17					
N = 7	48.7	35.6	22.3	33.3	140.6
45/47					
N = 33	64.7	56.4	32.6	42.2	196.5
55/57					
N = 23	60.0	57.5	32.0	42.0	191.3
41/43					
N = 19	48.6	31.7	18.7	31.7	129.6
33/35					
N = 28	50.3	35.4	18.4	30.3	138.1
29/31					
N = 16	53.4	58.3	29.3	31.1	172.5
Gesamt	55.9	47.4	26.4	36.1	166.8
N = 125	s=16.9	s=26.9	s=15.6	s=12.9	s= 68.8

Aus den Tabellen wird sofort deutlich:
- die durchschnittlichen PAC-Punktwerte schwanken von Station zu Station z.T. erheblich, die Streuungen sind sehr groß,
- die Trainees haben in der PAC erheblich niedrigere Punktzahlen, und zwar in allen Bereichen, als die Non-Trainees.

Im Anhang findet sich auch eine graphische Darstellung dieses Sachverhalts, die zeigt, daß die Trainees buchstäblich ohne Ausnahme das untere Ende der PAC-Punktwert-Verteilung besetzen. Der Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen ist in allen Fällen so groß, daß die statistische Prüfung eigentlich nur durchgeführt wurde, weil "sich das so gehört".

Hypothese: Die Trainees haben auf allen beobachteten Stationen sowie insgesamt niedrigere durchschnittliche PAC-Gesamtwerte (also schmalere habituellere Verhaltensrepertoires) als die Non-Trainees.

Zur Prüfung wurde der U-Test von Mann und Whitney verwendet. Wegen ausreichend großer Zahlen ließ sich der U-Wert mit einer Ausnahme jeweils in einen z-Wert transformieren. Die folgende Aufstellung zeigt, daß die Hypothese beibehalten werden kann.

Differenz T/NT in der PAC auf Station	U/z	Signifikanz
17	1	p = .001
45/47	2.83	p = .0023
55/57	3.50	p = .00023
41/43	3.37	p = .0005
33/35	4.18	p = .00003
29/31	2.94	p = .0016
Gesamt	8.74	p = .0003

Gegenüber den Non-Trainees haben die Trainees auf allen Stationen das engere Verhaltensrepertoire.

Hypothese: Die Trainees erreichen in allen Untersektoren der PAC-Skala, also in allen geprüften Bereichen des Verhaltensrepertoires, weniger Punkte als die Non-Trainees; das gilt nach dem Bereich "Selbstregelung", in den das Sauberkeitsverhalten selbst mit eingeht, vor allem für den Bereich "Kommunikation".

Zur Prüfung wurde wieder der U-Test von Mann und Whitney verwendet. Die folgende Aufstellung zeigt, daß die Hypothese beibehalten werden kann: Das engere Verhaltensrepertoire der Trainees findet sich ohne Ausnahme für alle Bereiche und auf allen Stationen, wobei der Kommunikationsbereich allerdings nicht besonders herausgehoben ist.

Station 17	z	p
Selbsthilfe	3.00	.0013
Kommunikation	1.86	.0314
Sozialanpassung	2.36	.0091
Beschäftigung	3.0	.0013
Station 45/47	**z**	**p**
Selbsthilfe	2.83	.0023
Kommunikation	2.55	.0054
Sozialanpassung	2.55	.0054
Beschäftigung	2.83	.0023
Station 55/57	**z**	**p**
Selbsthilfe	3.75	.00011
Kommunikation	2.69	.0036
Sozialanpassung	2.69	.0036
Beschäftigung	3.12	.001
Station 41/43	**z**	**p**
Selbsthilfe	4.72	.00003
Kommunikation	2.17	.015
Sozialanpassung	3.44	.0003
Beschäftigung	3.11	.0009

Station 33/35	z	p
Selbsthilfe	5.34	.00003
Kommunikation	4.02	.00003
Sozialanpassung	4.35	.00003
Beschäftigung	3.92	.00005
Station 29/31	**z**	**p**
Selbsthilfe	2.94	.0016
Kommunikation	2.66	.0039
Sozialanpassung	2.82	.0024
Beschäftigung	2.31	.0104
Stationen Gesamt	**z**	**p**
Selbsthilfe	9.94	.00003
Kommunikation	8.36	.00003
Sozialanpassung	7.89	.00003
Beschäftigung	7.64	.00003

Hypothese: Die Unterschiede im durchschnittlichen Pfleglingsniveau zwischen Stationen gehen nicht auf die Trainees zurück. Deshalb finden sich zwischen den Trainee-Untergruppen nach Stationen in der Regel keine signifikanten PAC-Punkt-Differenzen.

Die Hypothese soll beibehalten werden. Nur die größte numerische Differenz (die zwischen den Trainees von Stationen 55/57 vs. 33/35) ist signifikant (Mann-Whitneys U-Test, p = .01).

Hypothese: Die Unterschiede im durchschnittlichen Pfleglingsniveau zwischen Stationen gehen eher auf die Non-Trainees zurück. Verwendet wurde zur Prüfung wieder die Statistik U von Mann und Whitney. Die Hypothese soll beibehalten werden, denn in drei Fällen fanden sich hochsignifikante Unterschiede für die Non-Trainees zwischen Stationen (33/35 vs. 45/47 : p = .0023; 55/57 vs. 41/43 : p = .013; 45/47 vs. 41/43 : p = .0012). Addiert man die T/NT-Teilgruppen für jede Station, so addieren sich auch die Differenzen, und es finden sich erhebliche Abweichungen

im Pfleglingsniveau zwischen Stationen. Es kann jetzt präzisiert werden, daß diese Unterschiede eher auf die Non-Trainees zurückgehen als auf die Trainees, die offenbar einem umgekehrten Deckeneffekt unterliegen, weil sie die unteren Enden der Verteilung auf den Stationen besetzen.

Wenn, gemäß einer der Ausgangshypothesen, Trainees besonders enge Verhaltensrepertoires haben und darauf angewiesen sind, Kontaktbedürfnisse über Kontakte der Art 1 zu befriedigen, weil sie von sich aus kaum Kontakte herbeiführen und sich auch nicht selbst beschäftigen können (wenn also für sie noch ausgeprägtere Bedingungen sensorischer Deprivation herrschen als für die Non-Trainees, bzw. weil sie noch gravierender unter dem Hospitalismus leiden), dann liegt die Vermutung nahe, daß dies auch für Selbstbeschädiger gelten könnte. Die Beobachtung hatte ja nur eine verschwindend geringe Frequenz der Signatur b erbracht (Kontaktaufnahme des Pflegers wegen Selbstbeschädigung des Pfleglings), wohl wegen der Gewohnheit, solche Patienten prophylaktisch gleich morgens zu fixieren. Wenn nun Selbstbeschädigung doch ein Mittel der Zuwendungskontrolle und der Reizzufuhr ist, auch wenn es nicht beobachtet werden konnte (wie etwa Lovaas oder Scholtz, A. (1974), auch ihre Befunde erklärten), wäre zu vermuten, daß Selbstbeschädiger ebenfalls in allen Bereichen engere Verhaltensrepertoires haben als Nicht-Selbstbeschädiger, ähnlich wie eben die Trainees (mit denen sie z.T. zusammenfallen dürften).

Die untersuchte Stichprobe von 181 Patienten enthielt 28 Selbstbeschädiger (die durch Nennung als solche durch zwei Pflegepersonen unabhängig voneinander definiert waren). Ihre PAC-Punktwerte wurden mit Hilfe des Mann-Whithey-U-Tests gegen die der restlichen Patienten geprüft. Von den 28 autoaggressiven Patienten waren 11 gleichzeitig auch Trainees, 17 also Non-Trainees. Die folgende Aufstellung zeigt, daß die Hypothese beibehalten werden kann: die

autoaggressiven Behinderten haben tatsächlich wesentlich engere Verhaltensrepertoires in allen Bereichen als die Patienten ohne diese Verhaltensstörung:

PAC-Bereich	z	p
Selbsthilfe	3.28	.0007
Kommunikation	3.87	.00007
Sozialanpassung	3.76	.00011
Beschäftigung	2.94	.0016
Gesamt	3.68	.00016

Dieser Befund stimmt mit dem zitierten von Scholtz, A. (1974) an autoaggressiven Kindern überein.

Wer die Beschreibung der Gesamtpopulation bzw. der Trainees oder Non-Trainees konkreter haben möchte und wissen will, was diese Patienten denn nun an beschreibbarem Verhalten auf verschiedenen Stationen im Durchschnitt zeigen oder nicht zeigen, der braucht nur ein PAC-Formular und das Manual dazu einzusehen und die durchschnittlichen Punktwerte von innen nach außen im Diagramm bzw. von oben nach unten im Manual abzuzählen. Zur besseren Veranschaulichung ist im Anhang ein ausschraffiertes Formblatt der PPAC für die Trainees zugefügt, das zeigt, welche Items von 75 %, 50 % und 25 % der Trainees vor dem Training erfüllt wurden. Es ergibt sich so das gewünschte konkrete Bild von der Breite bzw. Enge des Trainee-Verhaltensrepertoires.

3.1.3. Plan des Trainings und des Monitorings

Nachdem die PAC-Skala für alle Patienten auf den 6 beobachteten Stationen erhoben worden war, wurden die als inkontinent bezeichneten 56 Patienten nochmals nachbeobachtet, und es wurden von mehreren Pflegepersonen unabhängig voneinander detaillierte Beschreibungen über das Toilettenverhalten dieser Pfleglinge eingeholt. Es zeigte sich dabei schnell, daß die Erwartung keineswegs zutraf (wie stillschweigend vorausgesetzt worden war), daß jeder

Patient leicht und eindeutig als entweder "sauber" oder "unsauber" einzuordnen sei. Mehrere Patienten wurden von einem Pfleger als "sauber" von einem anderen hingegen als "unsauber" bezeichnet. Bei der Diskussion solcher widersprüchlichen Angaben wurde deutlich, was für verschiedene Kriterien der "Sauberkeit" Pflegepersonen benutzen (z.B. meinen sie mit "sauber", daß der Pflegling durch häufiges Aufsetzen sauber zu halten ist, oder daß er von selbst die Toilette aufsucht, oder daß er sich meldet, um zur Toilette geführt zu werden!), und daß außerdem mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß ein Pflegling tatsächlich bei einem Pfleger die Toilette benutzt, bei einem anderen hingegen nicht. Daher wurde eine schärfere Definition der Sauberkeit bzw. Unsauberkeit notwendig: Als "unsauber", d.h. als Trainees, wurden nur solche Patienten bezeichnet, die folgende Bedingungen erfüllten:

a- Ein Trainee war nur ein solcher Pflegling, der tags und nachts sowohl einkotete wie einnäßte. Nächtliches Einkoten und / oder Einnässen allein bei mehr oder weniger selbständiger Toilettenbenutzung tagsüber wurde nicht als Inkontinenz gewertet, da Enuresis oder Enkopresis nocturna ein andersgeartetes Problem zu sein scheint: wer tagsüber die Toilette benutzt, weiß offenbar, wozu sie da ist; nächtliche "Unfälle" sind wohl wie bei Enuretikern eine Frage zu großer Schlaftiefe, oder aber es ist nur ein partielles Reinlichkeitslernen abgelaufen (wie bei jungen Kindern, die ja meist auch zuerst tags sauber werden), oder aber die Patienten werden nachts fixiert (was häufig geschieht) und könnten schon deshalb nachts nicht zur Toilette, auch wenn sie wollten.

b- Ein Trainee war nur ein solcher Pflegling, der bei <u>allen</u> Pflegepersonen tags einkotete und einnäßte. Wurde es deutlich, daß ein Patient bei Anwesenheit bestimmter Pfleger die Toilette adaequat benutzte, bei anderen hin-

gegen nicht, so wurde er nicht zum Training vorgesehen, da es sich um ein Disziplinproblem zu handeln schien, nicht aber darum, daß der Patient nicht wußte, was von ihm gewünscht wurde - daß er das Wissen um die Toilettenbenutzung dann nicht anwandte, schien eine zweite Frage zu sein.

c- Ein Trainee, der diese beiden ersten Bedingungen erfüllte, konnte noch ausgeschlossen werden, weil er entweder blind oder so stark körperbehindert war, daß er außerstande war, auch nur einige Schritte ohne Hilfe zu gehen. Aufgenommen wurden jedoch Patienten, deren körperliche Behinderung wenigstens den Weg zur Toilette erlaubte sowie das selbständige Herunterziehen der Hose. Ebenso wurden zwei taube Patienten aufgenommen.

Durch die Kriterien a und b wurden sechs von den ursprünglich 56 Personen, die das Pflegepersonal als trainingsbedürftig genannt hatte, wieder ausgeschlossen, weil sie als Fehlmeldungen (d.h. nicht wirklich inkontinent im Sinne nicht gelernten adaequaten Toilettenverhaltens) klassifiziert werden mußten. Sie zeigten wenigstens teilweise angemessenes Toilettenverhalten und wußten daher, was für eine Art der Entleerung erwünscht war. Die endgültige Entscheidung über die Klassifikation aller Patienten als Trainees oder Non-Trainees war unerwartet langwierig und mühsam; selbst mit den dargestellten Beurteilungskriterien war es oft erst nach vielen Gesprächen möglich, widersprüchliche Aussagen verschiedener Pflegepersonen über den gleichen Patienten aufzuklären. Dies geschah dann so, daß Pfleger zusammengerufen und mit ihren jeweils widersprüchlichen Aussagen über das Toilettenverhalten eines Patienten konfrontiert wurden. Bei erneutem Verweis auf die Kriterien wurden die faktischen Widersprüche so lange diskutiert, bis eine klare Stellungnahme vorlag und der alle betroffenen Pflegepersonen zustimmen konnten. Danach wurde die Zuordnung zu den Patientengruppen "Trainees/Non-Trainees" vorge-

nommen. Diese Vorerfahrung war ein erstes Anzeichen dafür, daß die Frage "sauber oder unsauber?" keineswegs so simpel und eindeutig zu beanworten war, wie sie zunächst aussah. Von den verbleibenden 50 "echten" Trainees mußten zwei wegen Kriterium c ausgeschlossen werden, d.h. daß ihre körperlichen zusätzlichen Behinderungen so schwerwiegend waren, daß sie ein anderes Trainingsverfahren als das gewählte nötig gemacht hätten. Somit blieben 48 Patienten, die als Trainees in das Programm selbst eingingen. Von diesen ging ein weiterer Trainee nicht in die Auswertung mit ein, weil er am zweiten Trainingstag so schwer erkrankte, daß er auf die Krankenstation verlegt werden mußte und nicht weiter am Training teilnehmen konnte. Die referierten Ergebnisse beziehen sich somit auf 47 Patienten, die am Training teilgenommen haben, während sich die Beobachtungsdaten aus Hauptteil I auf 56 Trainees beziehen, da die eben berichtete Präzisierung der Trainee-Definition erst nach der Beobachtung auf den Stationen vorgenommen wurde.

Da sich in den Vorstudien gezeigt hatte, daß die Gruppen mit 10 Personen zu groß waren, wurde die Trainee-Zahl pro Gruppe auf 7 Patienten reduziert. Es wurden damit für 48 Personen 7 Versuchsgruppen nötig, also sechs Siebener-Gruppen und eine Sechsergruppe. Wegen des Krankheitsfalls entstand eine zweite Sechsergruppe.

Die Gruppen wurden anhand der PAC-Daten zusammengestellt in der Weise, daß alle Gruppen ein etwa gleich großes mittleres Verhaltensrepertoire aufwiesen. Durch dieses Matching der Trainees wurde verhindert, soweit das vorauszusehen war, daß "leichte" und "schwere" Gruppen entstanden.

Die bei allen 181 Patienten der sechs Stationen erhobenen PAC-Daten dienten gleichzeitig für die Untergruppe der Trainees als "Vor-Trainings-Wert"; die PAC-Skala war ja als Monitoring-Instrument für den Trainingserfolg ausgewählt worden. Daher wurde zur Einschätzung des Ergebnisses am letzten Trainingstag die Beurteilung jedes Trainees wiederholt und ergab den "Nach-Trainings-Wert". Alle diese

Daten wurden von geübten Beurteilern erhoben (was erfahrungsgemäß nötig ist, da der Untersucher die Kriterien für die Items weitgehend auswendig kennen muß), die auch die Gesamtpopulation sowie weitere über hundert Patienten mit Hilfe der PAC-Skala eingeschätzt hatten. Es standen als erfahrene und trainierte Beurteiler sechs Personen zur Verfügung, die jeweils paarweise (einer als Supervisor des anderen) und z.T. unter Anleitung des Verfassers zwischen hundert und zweihundert Untersuchungen an Patienten der beschriebenen Einrichtung vorgenommen hatten. Vorerfahrungen wie auch Gunzburgs (1973) entsprechende Warnungen zeigten, daß die Zuverlässigkeit des Instruments nur bei trainierten und geübten Ratern gut ist, die die Skala auswendig kennen und ihre Anwendung auch oft in der Praxis gesehen haben. Außerdem muß eine Motivation zur Genauigkeit gegeben sein, damit Beurteiler nicht einfach aufs Geratewohl oder nach Vermutung und Erinnerung bewerten, um schneller fertig zu sein, statt die gefragten Verhaltensweisen zu provozieren zu versuchen. Die sechs Beurteiler waren Ersatzdienstleistende mit hoher Intelligenz und Abitur, für die "wissenschaftliche Genauigkeit" durchaus einen persönlichen Wert darzustellen schien. Die Nach-Trainings-Werte wurden von jeweils zwei dieser sechs Beurteiler anhand der Auskünfte und gegebenenfalls nach ausgiebiger Diskussion mit den Mediatoren erhoben, möglichst aber aufgrund eigener Anschauung (d.h. Hervorrufen der gefragten Verhaltensweisen) bewertet; eine Reihe von Items sind allerdings so formuliert, daß sie nur aufgrund von Berichten zu bewerten sind, z.B. alle, die ausdrücklich nach "meistens" gezeigtem Verhalten fragen, aber nicht die jederzeitige Auslösbarkeit verlangen. Der Verfasser ging anschließend mit den Beurteilern und gegebenenfalls mit den Mediatoren die ausgefüllten Bögen noch einmal durch und meldete Zweifel an, wo die Bewertung als zu großzügig erschien. Nach Diskussion des Kriteriums hielten die Bewertungen jedoch immer der Nachprüfung stand. Die Er-

stellung der Nach-Trainings-Werte nahmen meist den ganzen letzten Trainingstag in Anspruch. Eine echte Blind-Bewertung war das natürlich nicht, da die Mediatoren die Beurteilung des Trainingserfolgs beeinflußt haben könnten. Da jedoch ihre Berichte teilweise zur Bewertung nötig sind, machte das Instrument die Befragung der Mediatoren unumgänglich. Eine Verfälschung der Ergebnisse ist jedoch unwahrscheinlich, weil die Kriterien recht klar sind, der Ermessensspielraum also klein; zudem müßten sich die Mediatoren schon vorher abgesprochen haben, über bestimmte Items und Patienten vorsätzlich falsch zu berichten. Was an Beurteilerfehlern eingegangen sein mag, verteilt sich dann wenigstens gleichmäßig über alle Versuchsgruppen. Daß "saubere Methodik" nicht immer ganz zu erreichen war, war eingangs ja bereits angekündigt worden.

Nach Ablauf von zwei Monaten nach Training und Rückverlegung der Trainees auf ihre Stationen wurde eine dritte Einschätzung des habituellen Verhaltensrepertoires jedes einzelnen Patienten mit Hilfe der PAC vorgenommen. Das bedeutet, daß nachgeprüft wurde, wieviel von den ermittelten Verhaltensänderungen durch das Training nach Rückverlegung auf die gewohnte Station erhalten geblieben war. Alle drei Einschätzungen wurden von den gleichen 6 Beurteilern durchgeführt, jeweils unter Heranziehung der entsprechenden Referenzpersonen, die bei Beurteilung 1 und 3 die gleichen waren, nämlich die Stationspfleger (bei Beurteilung 2 waren es natürlich die Mediatoren).

Die Pfleglinge wurden aus dem Training mit recht detaillierten Berichten entlassen. Es wurde darin konkret beschrieben, was für einen Stand der Selbständigkeit in den verschiedenen Bereichen erreicht worden war, mit welchen Maßnahmen dieser erreichte Stand wohl aufrecht erhalten werden könnte, unter welchen Bedingungen das beschriebene Verhalten wahrscheinlich auftreten würde und unter welchen nicht etc. Einige solcher Berichte sind zur Illustration

im Anhang beigefügt. Daß die Empfehlungen aus organisatorischen Gründen zuweilen schwierig zu befolgen sein würden, war durchaus abzusehen; es sollte aber dem Einwand begegnet werden, Trainingserfolge seien deshalb nicht aufrecht erhalten worden, weil das betroffene Personal nicht oder nicht ausreichend unterrrichtet worden sei. Deshalb wurden die Berichte schriftlich und in einem eigenen Exemplar für jeden Pfleger zugleich mit den rückverlegten Patienten auf die Stationen gebracht. Es zeigte sich anschließend, daß diese Berichte meist nicht einmal an Kollegen weitergegeben wurden, die gerade nicht im Dienst gewesen waren. Selten wurde überhaupt darüber gesprochen; meist wurden die Berichte vom Oberpfleger entgegengenommen, überflogen, sofort säuberlich irgendwo abgeheftet und vergessen. Ein richtiges Maintenance-Training im Sinne etwa von Azrin und Foxx (1972) auf den Stationen durchzuführen, erschien weder möglich noch sinnvoll; daß Trainingserfolge erhalten bleiben, wenn die Trainingsbedingungen erhalten bleiben, unter denen sie zustande gekommen sind, ist trivial. Hier interessierte ja viel eher, ob der vorgefundene Stationsbetrieb überhaupt erlaubt, antrainiertes erwünschtes Verhalten weiter zu verstärken und aufrecht zu erhalten, oder ob er bestimmte Arten von erwünschtem Verhalten geradezu verhindert, indem er nötige Auslöser vorenthält, löscht oder gar bestraft. Ob überhaupt und gegebenenfalls, in welchem Ausmaß die konventionelle Station erweiterte Verhaltensrepertoires wieder verengt, sollte durch die dritte PAC-Einstufung nach zwei Monaten abgeschätzt werden (also eine Art Katamnese).

Eine der Variablen im Versuchsplan hieß "viel Supervision" bzw. "wenig Supervision". "Wenig" war definiert als 2 x 1 Stunde pro Tag, "viel" hieß 2 x 3 Stunden pro Tag (jeweils eine bzw. drei Stunden pro Tag und Schicht). Supervisor war der Verfasser. Supervision bedeutete einerseits praktische Anleitung und Modell-Trainerverhalten für die Mediatoren, andererseits auch Rückmeldung für die

Mediatoren über deren Trainerverhalten und nicht zuletzt eine Kontrolle darüber, ob die Instruktionsbedingungen auch eingehalten wurden. Diese Variable wurde eingeführt, weil es wichtig ist zu wissen, wieviel Zeit ein Psychologe einem solchen Unterfangen pro Tag wohl ungefähr widmen muß, wenn spezielle Aufgabenstellungen vorliegen und sich eine Gruppe von Patienten und Trainern noch in der Anlaufphase befindet. Konkret heißt das für diese Untersuchung: Reicht das jeweils angebotene Maß an Supervision aus bzw. ist es unnötig viel? Führt die Bedingung "viel Supervision" überhaupt zu besseren Trainingserfolgen als die Bedingung "wenig Supervision", wenn Faktoren wie "Breite des Verhaltensrepertoires der Patienten" und "Vorausbildung der Mediatoren" kontrolliert oder konstant gehalten werden?

Die folgende Abbildung gibt eine graphische Übersicht über den Plan dieser Untersuchung, um den gesamten Ablauf zu verdeutlichen. Die beiden daran anschließenden Abschnitte schildern die Trainingsstation, einige technische Details und schließlich die Trainingsprozedur bzw. die Instruktion der Mediatoren.

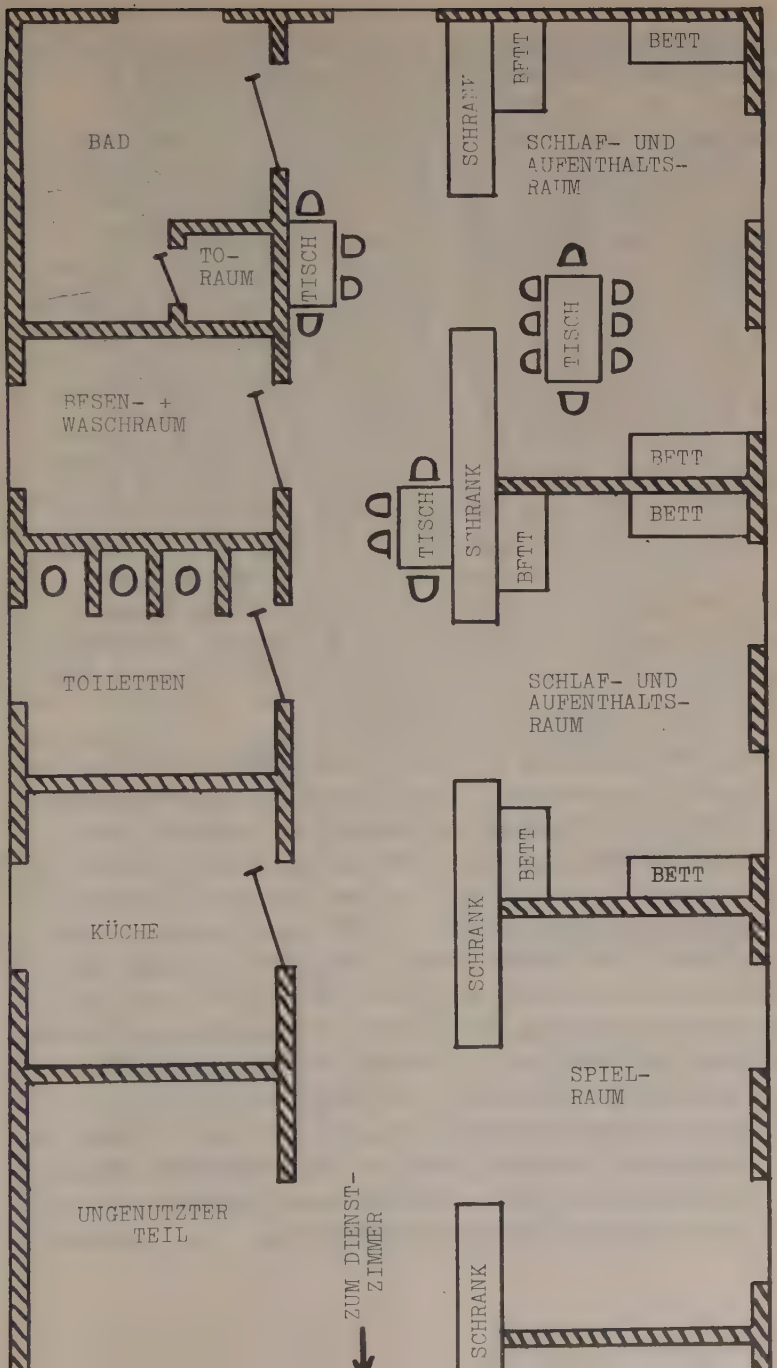
EINSCHÄTZUNG 3
"NACH RÜCK-
VERLEGUNG"
2 Monate
SCHRIFTLICHER
BERICHT AN
DIE STATIONEN
EINSCHÄTZUNG 2
"NACH TRAINING"
HAUPTTEIL II
"TRAINING", NUR TRAINEES
Gruppe VI
N = 6
Gruppe VII
N = 7
(HEP III)
Gruppe IV
N = 7
Gruppe V
N = 7
(HEP II)
Gruppe I
N = 7
Gruppe II
N = 6
Gruppe III
N = 7
(ABIT.)
(ZDL)
EINTEILUNG
IN T UND NT
EINSCHÄTZUNG 1
"VOR TRAINING"
HAUPTTEIL I
BEOBACHTUNG AUF
DEN STATIONEN, T + NT

3.1.4. Organisationsform der Trainingsstation; Rekrutierung der Mediatoren

3.1.4.1. Organisationsform der Trainingsstation

- Räume: Als Trainingsstation wurde eine Abteilung in einem Krankenhaus-Neubau benutzt. Die verfügbaren Räume wurden nur teilweise genutzt, da sie für viel größere Behindertengruppen berechnet sind; außerdem sollten die Wege zur Toilette möglichst kurz bleiben. Der Abschnitt des Korridors vor der Toilettentür wurde deshalb als Aufenthaltsraum mitbenutzt. Für die jeweilige Trainingsgruppe standen 3 Toiletten zur Verfügung. Das Badezimmer enthielt eine weitere, nicht genutzte Toilette, eine Badewanne sowie eine Duschkabine. Diese Duschkabine mußte zu einem Auszeitraum umgebaut werden, weil kein solcher Raum vorhanden war. Das geschah einfach, indem die Armaturen entfernt und das gekachelte Gelaß mit einer festen Tür verschlossen wurde. Daß ein Teil des Badezimmers somit als Ort der Strafe verwendet werden mußte, ist natürlich mißlich. Im Korridor waren fest eingebaute Schränke installiert. Daneben gab es als Funktionsräume noch einen Besen- und einen Waschraum. Alle Räume waren tags den Patienten zugänglich. Das Dienstzimmer lag außerhalb des Trainingsbereichs und wurde für Pausen und zur Aufbewahrung von Medikamenten, Berichten und Apparaten benutzt; den Trainees war es nicht zugänglich. Aufenthalts- und Schlafräume wurden in der Funktion nicht getrennt; es gab jedoch noch zusätzlich einen leeren Raum als Spielzimmer für grobmotorische Spiele (Fußball) und für solche, die Schmutz, Lärm oder Nässe verursachten (Wandtafel, Fingerfarben, Wachskreiden, "Musik" etc.); das wurde nötig, weil die Patienten nicht ins Freie gehen sollten, damit sie in der Nähe der Toilette bleiben konnten. Zur Veranschaulichung folgt eine Grundrißskizze der Trainingsstation. Auf die planerische Eignung oder Nicht-Eignung einer solchen Station für die Unterbringung Schwerbe-

hinderter und die Vor- und Nachteile für das hier beschriebene Programm wird im Schlußteil noch ausführlich eingegangen werden.


BAD
TO-
RAUM
TISCH
BESEN- +
WASCHRAUM
TOILETTEN
KÜCHE
UNGENUTZTER
TEIL
ZUM DIENST-
ZIMMER
SCHRANK
BETT
SCHLAF- UND
AUFENTHALTS-
RAUM
TISCH
BETT
BETT
TISCH
SCHRANK
BETT
SCHLAF- UND
AUFENTHALTS-
RAUM
SCHRANK
BETT
BETT
SPIEL-
RAUM
SCHRANK

- Dienstplan: Die Mediatoren arbeiteten in zwei Tagesschichten, die erste von 7.00 Uhr morgens bis 14.00 Uhr, die zweite von 13.30 bis 20.30 Uhr. Die halbe Stunde Überlappungszeitraum war zum Austausch von Informationen und Erfahrungen gedacht. Für die Erledigung von Routinearbeiten, die mit Küche, Wäsche, Hauswirtschaft, Beschaffung von Material, Wege außerhalb der Station etc. (also das, was in der Beobachtung mit O signiert worden war bzw. gar nicht, weil es außerhalb der Station stattfand), stand eine zusätzliche Person zur Verfügung (jeweils eine von zweien), die ausdrücklich nichts anderes zu tun hatte. Damit sollte verhindert werden, daß die Mediatoren mit kontaktfreien notwendigen Verrichtungen blockiert würden; soweit die Patienten herangezogen oder angeleitet wurden, etwa zum Abtrocknen oder Tisch decken, fielen solche Verrichtungen jedoch als Kontakte den Mediatoren zu. Diese sog. "O-Person" arbeitete täglich von 8.00 bis 16.00 Uhr, hinterließ das vorbereitete Abendessen, die ausgeteilten abendlichen Medikamente und frisch bezogene Betten, so daß die Mediatoren sich weiterhin auf die Patienten konzentrieren konnten.

Pro Tag waren auf diese Weise also 5 Personen auf der Trainingsstation anwesend, die 4 Schichten zu sieben Stunden und eine Schicht zu acht Stunden Dienst taten. Da es pro Trainingsgruppe nur 4 Mediatoren gab, mußten diese den Trainingszeitraum ohne freie Tage und ohne Rücksicht auf Wochenenden durcharbeiten. Es war jedoch nicht einmal möglich, bei allen Gruppen einen Ersatz-Mediator mit einzuplanen und einzutrainieren für den Fall, daß einer der Mediatoren krank würde. Eine Wochenend-Regelung in üblicher Weise hätte die Zahl der nötigen Mediatoren pro Gruppe auf sechs erhöht. Von dieser Zahl müßte man in der Planungswirklichkeit ausgehen. Da aber schon vier Mediatoren pro Gruppe schwierig genug zu bekommen waren und sich alle Mediatoren bereit erklärten, zwei Wochen durchzuarbeiten, blieb es bei dieser Regelung.

3.1.4.2. Organisationsform der Trainingsstation - Rekrutierung der Mediatoren

Zwei der Mediatorengruppen sollten nach der ursprünglichen Absicht aus erfahrenen "Vollpflegern" bestehen. Bei der Mediatoren-Anwerbung wurden nur freiwillige Meldungen berücksichtigt; das große Interesse daran erlaubte dieses Vorgehen. Die Personalknappheit verhinderte - zum gegenseitigen Bedauern - den Einsatz einer oder zweier Gruppen von älteren und erfahreneren Mediatoren. Verschiedene Mediatorengruppen aus den bestehenden Dienst- und Ausbildungsplänen herauszulösen und dabei bestimmte Kriterien zu berücksichtigen, war ohnehin eine Art Geduldsspiel. In Bezug auf das Lebensalter und damit auf das Dienstalter sind die Mediatoren deshalb homogener, als das geplant worden war; fast alle Mediatoren sind zwischen 18 und 25 Jahren alt, nur einer war über 30. Der Wunsch nach zwei Gruppen, die sich hinsichtlich Lebensalter und Diensterfahrung deutlich von den übrigen unterschieden, konnte jedoch nicht erfüllt werden; es standen grundsätzlich nur Personen zur Verfügung, die nicht voll in den Dienstplan einkalkuliert werden konnten, weil sie entweder nur befristet in der Einrichtung arbeiteten oder in ihrer Arbeitszeit eine Ausbildung im Hause absolvierten. Neben der Ausbildung zum Krankenpfleger oder Krankenpflegehelfer ist an der Einrichtung noch die Ausbildung zur Kinderpflegerin und zum Heilerziehungspfleger möglich. Kinderpflegerinnen und Krankenpfleger sind auch in der Ausbildung fest in die Dienstpläne eingebaut, deshalb waren sie grundsätzlich nicht abkömmlich. Es blieben somit nur die Heilerziehungspfleger übrig. Dieses Berufsbild stellt eine Neuschöpfung dar, angesiedelt zwischen Sondererzieher oder Heilpädagogen einerseits und dem Krankenpfleger andererseits. Der Ausbildungsgang ist direkt auf Einrichtungen für Behinderte zugeschnitten. Der Lehrplan sieht drei Unterrichtsjahre mit je zwei Wochenstunden Psychologie vor, was vor allem Lern- und Entwicklungs-

psychologie heißt. Diese Mediatoren besitzen also ein gewisses Maß von theoretischem Wissen über Verhaltensformung, soweit sie in der Ausbildung weit genug fortgeschritten sind. Dies gilt für die beiden Mediatorengruppen HEP II, wobei die Abkürzung "Heilerziehungspfleger im zweiten Ausbildungsjahr" bedeutet.

Die beiden mit "HEP III" bezeichneten Gruppen können als pflegerisch und theoretisch-psychologisch unerfahren gelten (sie sind Heilerziehungspfleger im dritten Kurs, der an der Einrichtung stattfindet), da sie gerade erst ihren Dienst in der Einrichtung angetreten hatten. Sie hatten maximal vier Stunden Psychologie gehört und wenige Wochen Stationserfahrung. Die HEP II-Gruppen hatten mehr als ein Jahr Diensterfahrung, weil die Ausbildung nur berufsbegleitend möglich ist.

Die mit der Abkürzung "ZDL" (Zivildienstleistende) bezeichneten Gruppen setzten sich aus jungen Männern ohne theoretisch-psychologische Vorbildung zusammen, die jedoch mindestens 6 Monate im Pflegedienst gearbeitet hatten. Da sie keinerlei formelle oder systematische Einweisung oder Anleitung erhalten, sind sie auf eine Art "learning by doing" angewiesen. Sie bringen ein mittleres Maß an Pflegeerfahrung mit; diese Mediatoren waren mit der Gruppe der Trainees am ehesten bereits vertraut, weil sie auf Männerstationen arbeiteten. Ihr Schulabschluß war entweder die Mittlere Reife oder der Realschulabschluß.

Eine vierte Mediatorengruppe setzte sich aus Abiturienten (AB) zusammen. Diese waren ebenfalls Zivildienstleistende, aber ohne jede Erfahrung im Pflegedienst. Psychologisch waren sie nicht naiv, da sie seit Monaten innerhalb der psychologischen Abteilung der Einrichtung gearbeitet hatten (Testauswertungen, Statistiken etc.).

Die folgende Aufstellung soll dies übersichtlicher machen:

Bezeichnung der Mediatoren	Psycholog. Vorwissen?	Erfahrung im Pflegedienst?	Schulabschluß
AB	ja	nein	Abitur
ZDL	nein	ja	Mittlere Reife
HEP II	ja	ja	Mittl.Reife Haupt-,Realschule
HEP III	nein	nein	wie oben

Die Gruppen AB und ZDL setzten sich natürlich nur aus Männern zusammen; die anderen Mediatorengruppen arbeiteten immer in gegengeschlechtlichen Paaren, also immer ein männlicher und ein weiblicher Mediator in einer Schicht. Gegen diese Unebenheit der teils rein männlichen, teils gemischten Mediatorengruppen war nichts zu machen, da keine anderen Gruppen vorhanden waren, aus denen sich Mediatoren hätten rekrutieren lassen. Es schien anfangs naheliegend, daß das weibliche Geschlecht eines Teils der Mediatoren einen gewissen Einfluß auf die Pfleglinge haben würde, wobei nicht abzusehen war, wie der sich auswirken würde. Die meisten Patienten hatten selten, wenn überhaupt, je Frauen zu Gesicht bekommen. Die Tatsache, daß auf einmal weibliches Betreuungspersonal anwesend war, schien jedoch überraschenderweise die Trainees in keiner Weise zu beeindrucken (auch bei den Non-Trainees der beobachteten Stationen hatte das Erscheinen von weiblichen Beobachtern entgegen den Erwartungen kaum Beachtung gefunden); sie waren wohl großenteils zu schwer behindert,

um Geschlechtsunterschiede wahrzunehmen.

Bis auf die Gruppe AB, die nur 4 Mediatoren stellte, stellten die anderen je 8 Mediatoren (mit möglichst einem Ersatzmediator für Krankheitsfälle). Diese Gruppen wurden geteilt in zwei Vierergruppen, die jeweils einmal die Bedingung "Viel Supervision" und einmal die Bedingung "Wenig Supervision" erhielten (d.h. 1 Stunde bzw. 3 Stunden Supervision pro Schicht). Die Gruppe AF erhielt die Bedingung "Wenig Supervision".

3.1.5. Instruktion der Mediatoren

Die Mediatoren erhielten ohne Rücksicht auf ihre Gruppenzugehörigkeit oder Supervisionsbedingung alle die gleichen Instruktionen und dieselben Vorinformationen. Die gewählte Form dafür war die eines Einführungsseminars "vor Ort", d.h. auf der Trainingsstation. Diese Einführung dauerte maximal einen Arbeitstag, in der Regel ca. 6 Stunden. Feste Bestandteile waren ausgiebige Diskussionen anhand der Zusammenfassung, von der sich ein Exemplar im Anhang findet, und ein Wissenstest, der unzensiert blieb und nur der Selbstkontrolle der Mediatoren diente. Bei den späteren Mediatorengruppen wurde auf Fragen nach den Erfahrungen und Erfolgen der Vorgänger nur gesagt, daß in einem guten Teil der Fälle von allen Gruppen Erfolge erzielt würden; genauere Auskünfte zu geben schien nicht günstig. Die Mediatoren wurden nachdrücklich gebeten, mit ihren Vorgängern erst nach Abschluß des Trainings Erfahrungen auszutauschen; außerdem wurde gesagt, Erfahrungsaustausch werde ohnehin nichts nützen, weil jeder Patient individuelle Schritte erfordere und keiner wie der andere behandelt werden könne. Die Mediatoren erfuhren übrigens nicht, wer die Mediatoren in den anderen Gruppen waren bzw. sein würden. Es ist nicht auszuschließen, daß sich "unbenutzte" Mediatoren doch von erfahrenen Mediatoren beraten ließen, aber es ist erstens nicht sehr wahrscheinlich, da bei der Größe der Einrichtung der Kommunikations-

fluß notorisch schlecht ist, und wäre zweitens wohl wirklich nicht hilfreich für die neuen Mediatoren gewesen, da die wahrscheinlich wirklich sachdienliche Information ohnehin im Einführungsseminar enthalten sein oder durch die Supervision vermittelt werden sollte. Allenfalls anekdotische und kasuistische Beobachtungen hätten ausgetauscht werden können; die Gefahr eines carry-over-Effekts von Mediatorengruppe zu Mediatorengruppe, der die Ergebnisse verfälschte, ist deshalb kaum gegeben.

3.1.5.1. Wie aus dem zusammenfassenden Paper für die Mediatoren (s.Anhang) ersichtlich, wurde das Zielverhalten in lerntheoretischen Termini beschrieben und als Sequenz dargestellt, deren Bestandteile zuerst getrennt eingeübt werden müßten, soweit sie nicht schon vorhanden seien. Sobald die Sequenz dann zusammengeschaltet sei, sollte sie zuerst an den Auslöser "Anweisung durch den Mediator" gekoppelt werden, als letzten Lernschritt schließlich an den Auslöser "Sphinkterspannung". Soziale Belohnungs- bzw. Time-Out-Bedingungen sollten verhaltenskontingent eingesetzt werden, und zwar nicht allein für Toilettenverhalten, sondern auch für sonstiges gezeigte erwünschte und unerwünschte Verhalten. Der Lernvorgang der Toilettenbenutzung sollte möglichst oft geübt werden, d.h. durch vermehrte Flüssigkeitsaufnahme sollten möglichst viele Lerndurchgänge herbeigeführt werden. Die Anleitung zu größerer Selbständigkeit sollte auch auf Essen, Kleidung, Waschen und andere Hygiene-Verrichtungen ausgedehnt werden. Weiter wurde jede Form gemeinschaftlicher Tätigkeit mit Patienten als erwünscht bezeichnet, sei es als Spiel oder als Heranziehen zu irgendwelchen Alltagsverrichtungen. Alle Arten von gravierendem unerwünschten Verhalten sollten Kontaktabbruch nach sich ziehen.

Das war der sachliche Inhalt der Einführung in allgemeintheoretischer Form. Daneben wurden konkrete Informationen gegeben, z. B. über Dienstpläne und -einteilungen, über

die Aufteilung der Funktionen in Mediatoren-Tätigkeiten und hauswirtschaftliche kontaktfreie Verrichtungen, es wurde eine Stationsbegehung durchgeführt u.a.m. Vor allem wurde die Benutzung der Signalapparate erklärt und demonstriert.

3.1.5.2. Die Signalapparate: Die Summer wurden unverändert benutzt, wie sie der amerikanische Lieferant anbietet[1]. Das Anschließen, Ein- und Ausschalten, der Batteriewechsel, das Befestigen der Kontakte an Kleidung bzw. der Toilette wurde vorgemacht und von jedem Mediator mehrfach geübt. Es wurde erklärt, daß die Summtöne ausschließlich Signale für den Trainer darstellten, der dann in der einen oder anderen Weise reagieren solle, daß aber die akustischen Signale für die Trainees irrelevant bleiben sollten, die ja auf propriozeptive

---

[1]Die vom amerikanischen Hersteller gelieferten Summer erwiesen sich als anfällig und wurden schnell reparaturbedürftig. Folgende technische Änderungen wurden deshalb vorgenommen:

- Die Summer wurden mit einem Unterbrecher-Schalter versehen, damit nicht die Kontakte gelöst werden müssen, um den Ton abzustellen,
- Statt der Nieten, die mit einer Zange ins Gewebe gepreßt und dann wie Druckknöpfe mit den Kontakten der Summer verbunden werden, erwiesen sich Krokodilklemmen als einfacher, da Nieten entfallen,
- Die Verwendung hochflexibler Kabel ist günstig, weil Normalkabel wegen Materialermüdung nach kurzer Zeit brechen,
- Toiletteneinsätze sollten aus mehrschichtigem Fiberglas bestehen; die amerikanischen Spritzguß-Originale erwiesen sich als sehr kurzlebig.

Der Neubau der Apparatur in Deutschland ist kein Problem; sie kann billiger und haltbarer hergestellt werden als bei Bezug aus USA, für ca. DM 50,-- pro Summer und ca. DM 35,-- pro Toiletteneinsatz.

und soziale Reize reagieren sollten und nicht auf die Apparate. Der Summton war deshalb stets der gleiche, ob sich ein Patient in erwünschter Weise entleerte (dann wurde der Summer an der Toilette in Gang gesetzt) oder in unerwünschter (was den Summer unter der Kleidung des Trainees aktivierte). Die Apparate sollten also lediglich den Mediatoren das dauernde Beobachten der Trainee-Hosen bzw. die Inspektion der Toilettenbecken ersparen und die Latenz der Mediatoren-Reaktion verkürzen (ein möglichst schnelles feed-back an den Trainee auf die Zielreaktion hin wurde als wichtig betont). Dies ließ sich in der Praxis auch ohne Schwierigkeiten erreichen.

Die Lautsprecher und die Batterien der Summer waren in einem gut zigarettenschachtelgroßen Kunststoffgehäuse untergebracht, das an einem Gürtel vom Trainee unter der Oberbekleidung getragen wurde bzw. neben der Toilette auf dem Fußboden lag; die Kontakte waren entweder an Nieten nach dem Druckknopf-Prinzip in der Unterhose des Patienten oder an einem Kunststoff-Einsatz für das Toilettenbecken befestigt. Sobald der Trainee urinierte, schloß die Feuchtigkeitsbrücke zwischen den Kontakten den Stromkreis und der Summer ertönte. Im Prinzip sind die Apparate also ganz ähnlich wie das bekannte Enuresis-Gerät von Mowrer und Mowrer (1938).

3.1.5.3. Die Supervision des ersten Tages bildete einen weiteren Teil der Mediatoren-Instruktion. Sie dauerte für alle Gruppen einheitlich 2 mal 3 Stunden (also 3 Stunden pro Schicht, unabhängig von der Supervisionsbedingung). Dabei wurde bei jedem Patienten einzeln überprüft, in welchem Maß er bereits erwünschte Selbsthilfetechniken mitbrachte, also wie weit er sich an- und ausziehen konnte, selbst essen konnte, wie weit er die Sequenz der Toilettenbenutzung beherrschte u.a.m. Auf die entsprechenden Berichte der Stationen sollte man sich besser nicht verlassen, da Verhalten, das nicht ausgelöst und gefordert wird, als nicht verfügbar angegeben würde. Es wurden den

Mediatoren konkrete Hinweise gegeben, wie die Techniken des prompting, fading und shaping eingesetzt werden können, wie Spiel- und Neugierverhalten gefördert werden könnten und wie möglichst große Selbständigkeit der Patienten angestrebt werden sollte. Selbstbedienung der Trainees vom Essenswagen, Abräumen von Geschirr, selbständiges Herbeischaffen von Getränken, Öffnen von Flaschen, Aussuchen von Spielzeug etc. sollten verstärkt und möglichst ausgelöst werden. Dabei wurde immer wieder darauf hingewiesen, daß der Kontakt mit den Trainees nicht abreißen solle, sondern nur mehr oder weniger eng sein könne. Konkret hieß das, die Mediatoren sollten den Raum nicht ohne dringenden Grund verlassen, in dem sich die Trainees befanden. Alle Hinweise auf Förderungs- und Betätigungsmöglichkeiten wurden absichtlich vage gehalten, mit Ausnahme der Punkte "Kleidung" und "Toilette", die ganz gezielt durchgeübt und vorgemacht wurden. Alle anderen Ziele sollten ja gerade nicht durch detaillierte Instruktionen angesteuert werden, sondern der Kreativität der Mediatoren überlassen bleiben.

Im folgenden Abschnitt über die Ergebnisse wird dargestellt, wie weit sich die Bemühungen der Mediatoren in nachweisbaren Erweiterungen des Verhaltensrepertoires der Patienten niederschlagen, in Bezug auf das Toilettenverhalten und darüber hinaus bezüglich anderer Verhaltensweisen. Das in den Beobachtungsergebnissen gefundene chronische Kontakt- und Stimulationsdefizit sowie die Anpassung der Patienten an die Stationsroutine wurde auf der Trainingsstation also per Instruktion aufgehoben: der Kontakt zu den Mediatoren riß praktisch kaum ab, solange die Trainees wach waren, und die Mediatoren waren angewiesen, jede Regung der Selbständigkeit und jede akzeptable Weise des Kontakts und der Beschäftigung zu unterstützen (so daß die Station den Patientenbedürfnissen angepaßt wurde). Für die eingangs angestellten Planungsüberlegungen heißt die Frage an diesen

Hauptteil II der Untersuchung konkret etwa, "Was kommt an konstruktiven Verhaltensänderungen bei Langzeit-Patienten mit schwerster geistiger Behinderung zustande, wenn Laien motiviert werden, ihren Verstand selbständig und kreativ zu benutzen, möglichst wenig bevormundet und reglementiert werden und einigermaßen günstige Arbeitsbedingungen vorfinden?"

3.2. Das Training: Ergebnisse

Die Trainingsergebnisse werden in den folgenden Abschnitten getrennt nach den drei anfallenden Datensätzen dargestellt. Diese Datensätze bestehen aus

- den Ergebnissen der individuellen Untersuchung anhand der PAC jedes Trainees am letzten Trainingstag,
- einer Beschreibung des jeweils erreichten Grades an Selbständigkeit bei der Toilettenbenutzung bei jedem Trainee und
- den Ergebnissen der wiederholten Untersuchung jedes Trainees anhand der PAC nach Ablauf von rund zwei Monaten nach der Rückverlegung auf die jeweilige Station.

Es soll nun geprüft werden, ob

- Beziehungen zwischen diesen drei Datensätzen aufzufinden sind, und ob
- Beziehungen gefunden werden können zwischen diesen drei (nach dem Training erhobenen) Datensätzen und anderen Datensätzen, nämlich
  a. dem PAC-Ausgangsniveau vor dem Training,
  b. den beiden Supervisionsbedingungen,
  c. dem Ausbildungsstand der Mediatoren,
  d. der Stationszugehörigkeit der Trainees und
  e. Angaben über früheres Toilettenverhalten der Trainees aus den Krankenakten.

Die ersten drei Datensätze dienen also der Beschreibung der Trainingseffekte; die übrigen geben apriorische und

willkürlich eingeführte Bedingungen wieder.

3.2.1. Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen allgemein

Diese ganze Arbeit gründete sich von vornherein auf die Erwartung, daß durch gezieltes Trainieren unter günstigen Bedingungen das Verhaltensrepertoire von schwerstbehinderten Erwachsenen auch nach jahrelanger Hospitalisierung noch nennenswert erweitert werden kann. Eine solche Repertoire-Erweiterung wurde jedoch fast ausschließlich im Bereich der Selbstregelung erwartet; sie sollte sich daher nur im entsprechenden Sektor der PAC als Punktgewinn niederschlagen. Bei den anderen Sektoren wurde allenfalls im Bereich der Sozialanpassung noch ein geringer Zugewinn erwartet, etwa aufgrund der Nutzung des vermehrten Kontaktangebots auf Seiten der Patienten. Daß umgekehrt in wenigen Tagen das Repertoire an Kommunikationsfertigkeiten (das ja mit meßbarer Intelligenz korreliert, vgl. Elliott und McKay (1971) und pp. 167/168 der vorliegenden Arbeit) und an motorischen Fähigkeiten merklich zu erweitern sein sollte, schien schwer vorstellbar. Diese Erwartungen führten also zur Hypothese 1: Bei der Nachbeurteilung der Trainees am letzten Trainingstag wird sich gegenüber ihrer Einstufung vor dem Training ein Zuwachs an Selbsthilfe-Fertigkeiten zeigen, weil diese Verhaltensweisen als einzige gezielt trainiert wurden. Als Nebeneffekt könnten sich in geringerem Maße zusätzliche Fertigkeiten der Sozialanpassung zeigen, die unter dem normalerweise sehr geringen Angebot an Kontaktmöglichkeiten nicht gebraucht werden, unter den veränderten sozialen Bedingungen des Trainings aber zum Tragen kommen. Neue kommunikative und motorische Verhaltensweisen werden nicht auftreten.

Die folgende Tabelle stellt die entsprechenden Ergebnisse für die einzelnen Gruppen und insgesamt zusammen. Sie gibt die in der PAC erreichten Punktzahlen (d.h. die als "er-

füllt" bewerteten Items) in absoluten Zahlen an, und zwar jeweils vor und nach dem Training und für die vier Einzelsektoren sowie für die Skala insgesamt. Neben den Rohzahlen ist jeweils der Zuwachs an bewältigten Items in Prozent angegeben, wobei die Punktzahl vor dem Training als Basis diente; dies soll zur besseren Lesbarkeit der Tabelle beitragen, da die PAC-Sektoren unterschiedliche Anzahlen von Items umfassen. Die statistische Prüfung der Differenzen wurde mit Hilfe des Tests von Wilcoxon vorgenommen, da es sich jeweils um zwei abhängige Stichproben handelte und die Datenqualität nicht über das Ordinalskalenniveau hinausging. Die Irrtumswahrscheinlichkeiten sind für die einseitige Prüfung angegeben, da eine Verkleinerung des Verhaltensrepertoires im Training nicht erwartet und auch nicht beobachtet wurde.

Die Ergebnisse in der Tabelle zeigen, daß die Hypothese 1 so nicht beibehalten werden kann. Die Erweiterungen des Verhaltensrepertoires, die im Training erreicht wurden, sind nicht so eng umgrenzt wie erwartet:

- In allen Untersektoren der PAC sind die Erweiterungen des Verhaltensrepertoires, ausgedrückt in der Anzahl der zusätzlich nach dem Training bewältigten Items, hochsignifikant. Die Wahrscheinlichkeit, daß diese Veränderungen zufällig zustande gekommen sind, ist in allen Teilbereichen und insgesamt geringer als 1 Promille (auch bei einem so groben nicht-parametrischen Prüfverfahren),
- Der Zuwachs an bewältigten Items ist erwartungsgemäß am deutlichsten im Selbsthilfebereich. Trotz der kleinen Gruppen und der groben Prüfstatistik ist er in allen Gruppen groß genug, um die Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0.025$ mindestens zu unterschreiten. Ausgedrückt in Prozentwerten bedeutet dies immerhin eine durchschnittliche Zunahme um rund 40 % gegenüber dem Ausgangsniveau,
- Fast ebenso groß ist die Zunahme bewältigter Items auch im Bereich der Sozialanpassung, und zwar durchschnittlich rund 37 %. Unter dieser Rubrik führt die PAC-Skala jedoch

rein numerisch wesentlich weniger Items auf als für den Selbsthilfebereich, so daß die Differenz in drei Versuchsgruppen nicht mehr signifikant wird,

- Entgegen der Hypothese nimmt in 5 von 7 Versuchsgruppen und insgesamt die Punktzahl bzw. Anzahl bewältigter Items im Bereich der Motorik signifikant zu, immerhin um rund 20 % zusätzlich als "erfüllt" bewerteter Items nach dem Training. Dieses Ergebnis ist überraschend; wahrscheinlich geht es darauf zurück, daß an sich beherrschte, aber normalerweise nicht benötigte oder vermiedene Reaktionen durch das Training auslösbar gemacht wurden. Zu diesem "Wieder-Aufdecken" motorischer Fähigkeiten könnte auch das ausdrückliche Ermuntern von Spiel, Aktivität und Bewegung während des Trainings beigetragen haben. Daß die motorische Entwicklung selbst in zehn Trainingstagen um ein substantielles Stück vorangetrieben werden könnte, scheint dagegen nicht sehr wahrscheinlich.
- Der geringste Zuwachs zeigt sich erwartungsgemäß im Bereich der Kommunikation. Er ist mit rund 17 % durchschnittlich jedoch immer noch überraschend hoch und insgesamt ebenfalls kaum ein Zufallsergebnis[1]. Allerdings wird der Zuwachs nur für eine Untergruppe signifikant, weil pro Zelle nur wenige Patienten und wenige Items anfallen. Dieser Zuwachs an kommunikativen Fertigkeiten dürfte ähnlich wie der an motorischen eher als ein Aufdecken von sonst nicht benötigten oder gelöschten Bestandteilen des Verhaltensrepertoires zu verstehen sein, die unter den Bedingungen auf der Trainingsstation neue Relevanz erhielten.

---

[1] Der Alpha-Fehler von 5 % läßt bei serialer Anwendung von Signifikanztests eine entsprechende Anzahl von Scheinsignifikanzen erwarten. In diesem Fall wären das 2 von den 40 tabellierten Prüfungen. Es soll dabei dem Leser überlassen sein zu entscheiden, ob dadurch die aus den Daten gezogenen Schlüsse noch vorsichtiger formuliert werden müßten. Auf die so anfallenden Fehler wird im folgenden Text deshalb jeweils nur hingewiesen.

	SELBSTHILFE		KOMMUNIKATION		SOZIALANPASSG		MOTORIK		SUMME PPAC	
	vor Trai-ning	nach Trai-ning	vor Trai-ning	nach Trai-ning	vor Trai-ning	nach Trai-ning	vor Trai-ning	nach Trai-ning	vor Trai-ning	nach Trai-ning
GRUPPE I N = 7	198	253 p = .01 +27.8%	118	138 ns +17.0%	74	90 ns +21.6%	144	156 p = .01 + 8.3%	534	637 p = .01 +19.3%
GRUPPE II N = 6	178	245 p = .025 +37.6%	152	159 ns + 4.6%	59	74 ns +25.4%	130	143 ns +10.0%	519	621 p = .025 +19.7%
GRUPPE III N = 7	183	276 p = .01 +50.8%	118	146 ns +23.7%	57	81 p = .01 +42.1%	129	148 p = .01 +14.7%	487	651 p = .01 +33.7%
GRUPPE IV N = 7	184	245 p = .01 +33.2%	98	121 ns +23.5%	66	90 ns +36.4%	124	150 ns +21.0%	472	606 p = .01 +28.4%
GRUPPE V N = 7	185	278 p = .01 +50.3%	110	136 p = .025 +23.6%	57	76 p = .025 +33.3%	125	154 p = .025 +23.2%	477	644 p = .01 +35.0%
GRUPPE VI N = 6	162	262 p = .025 +61.7%	56	68 ns +21.4%	56	93 p = .025 +66.1%	106	152 p = .025 +43.4%	380	575 p = .025 +51.3%
GRUPPE VII N = 7	213	255 p = .01 +19.7%	104	115 ns +10.6%	52	72 p = .01 +38.5%	137	167 p = .025 +21.9%	506	609 p = .01 +20.4%
SUMME N = 47	1303	1814 p = .001 +39.2%	756	883 p = .001 +16.8%	421	576 p = .001 +36.8%	895	1070 p = .001 +19.6%	3375	4343 p = .001 +28.7%

- Schließlich fällt auf, daß die Gewinne an PAC-Punkten zwischen den Gruppen stark schwanken, beim Gesamtergebnis zwischen rund 19 % und rund 51 %. Über die Erklärung hierfür werden im Abschnitt 3.2.3. einige Vermutungen angestellt.

Zusammenfassung: Durch das Training konnte das durchschnittliche Verhaltensrepertoire der Vpn, soweit es die PAC-Skala erfaßt, entgegen der Erwartung in allen Sektoren hochsignifikant erweitert werden, und nicht nur in dem gezielt trainierten Bereich der Selbsthilfe. Die Ergebnisse des Trainings sind also durchaus nicht so eng umgrenzt, wie das erwartet worden war, wenn auch der Zuwachs im Bereich der Selbstregelung am größten ist.

Diskussion: Die eingangs diskutierten Bedenken gegen die konventionellen VT-Studien an Behinderten zum Ziele der Toilettenbenutzung (oder anderer, ähnlich eng gedachter verhaltensmodifikatorischer Maßnahmen) scheinen so unbegründet nicht zu sein. Die dort erwähnten Studien (z.B. Azrin und Foxx, 1971; Baumeister und Klosowski, 1965; Bensberg, Colwell und Cassell, 1965; Bigelow und Griffiths, 1972; Dayan, 1964; Ellis, 1963; Fielding, 1972; Giles und Wolf, 1966; Girardeau und Spradlin, 1964; Grabowski und Thompson, 1972; Hollis und Gorton, 1967; Hundziak, Maurer und Watson, 1965; Kimbrell, Luckey, Barbuto und Love, 1967; Nawas und Braun, 1970 a-c; Van Wagenen, Meyerson, Kerr und Mahoney, 1969; Wagner und Paul, 1970; Watson, 1968;) untersuchen ausschließlich Veränderungen des Zielverhaltens, in diesem Falle der Toilettenbenutzung. Ist Selbststimulation oder Selbstbeschädigung das Zielverhalten, wie etwa in den Arbeiten von Lovaas, wird auch wieder nur dessen Veränderung registriert. Lindsley (1964) z. B. behauptet im Titel seiner Arbeit typischerweise, Retardierten-Verhalten direkt zu messen, um dann nichts weiter zu tun als Frequenzen von Zielverhalten auszuzählen, also eben nicht Verhalten im Sinne von

Repertoire zu erfassen, sondern eine einzige Zielverhaltensweise; es liegt auf der Hand, daß nichts weiter geschieht als das Anlegen einer Strichliste. Daran ändert sich auch nichts, wenn mehrere Zielverhaltensweisen parallel ausgezählt werden. Letztlich kommt bei all diesen Untersuchungen nur die triviale Erkenntnis heraus, daß die Lernprinzipien auch bei Behinderten "gehen" (und warum sollten sie das nicht?), falls wirksame Verstärker gefunden und von erwünschten Verhaltensweisen abhängig gemacht werden. Einige wenige Arbeiten rechnen wenigstens mit der Möglichkeit, daß ein Eingriff in die Umweltkontingenzen mehr als nur eine Zielverhaltensweise verändern könnte und registrieren "side effects" sozialer oder emotionaler Art (Martin, England, Kaprowy, Kilgour und Pilek, 1968; Morley und Appell, 1973; Schaefer und Martin, 1972; Viney, 1972;). Diese Nebeneffekte scheinen jedoch wichtiger zu sein als die Frage, ob selbständige Toilettenbenutzung nicht auch in sieben statt in neun Tagen erreicht werden könne oder dergleichen; hier ist eher das adaequate Toilettenverhalten das erwünschte Nebenergebnis, aber nicht die Hauptsache.

3.2.1.1. Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen allgemein, mit Rücksicht auf Mediatorengruppen

Wie die folgende Tabelle zeigt, schwankt der Punktzuwachs nach Maßgabe der PAC insgesamt und in den 4 Untersektoren von Gruppe zu Gruppe ganz erheblich.

Zuwachs PAC	Gruppe I ZDL, wenig Supervision	Gruppe II ZDL, viel Supervision	Gruppe III ABITURIENTEN, wenig Supervision	Gruppe IV HEP II, wenig Supervision	Gruppe V HEP II, viel Supervision	Gruppe VI HEP III, viel Supervision	Gruppe VII HEP III, wenig Supervision
Selbst-hilfe	55 + 27.8%	67 + 37.6%	93 + 50.8%	61 + 33.2%	93 + 50.3%	100 + 61.7%	42 + 19.7%
Komm.	20 + 17.0%	7 + 4.6%	28 + 23.7%	23 + 23.5%	26 + 23.7%	12 + 21.4%	11 + 10.6%
Soz. Anp.	16 + 21.6%	15 + 25.4%	24 + 42.1%	24 + 36.4%	19 + 33.3%	37 + 66.1%	20 + 38.5%
Motorik	12 + 8.3%	13 + 10.0%	19 + 14.7%	26 + 21.0%	29 + 23.2%	46 + 43.4%	30 + 21.9%
Gesamt	103 + 19.3%	102 + 19.7%	164 + 33.7%	134 + 28.4%	167 + 35.0%	195 + 51.3%	103 + 20.4%
	N = 7	N = 6	N = 7	N = 7	N = 7	N = 6	N = 7

Es stellte sich daher die Frage, ob diese Schwankungen mit Hilfe von Variable wie "viel/wenig Supervision" oder "Ausmaß der spezifischen Vorbildung der Mediatoren" in einen systematischen Zusammenhang würden gebracht werden können. Um dies zu prüfen, wurden die sieben Versuchsgruppen auf mehrere Arten zu je zwei Obergruppen zusammengefaßt, die dann gegenübergestellt wurden.

Zuwachs PAC	Gruppen mit wenig SV	Gruppen mit viel SV	Gruppen I + II ZDL	Gruppen III-VII	Gruppen I-II Non-HEP	Gruppen IV-VII HEP	Gruppen V+VI HEP, viel SV	Gruppen I-IV, VII
Selbst-hilfe	251 +32.3%	260 +49.5%	122 +32.5%	389 +42.0%	215 +38.5%	296 +39.8%	193 +55.6%	318 +33.3%
	p = .049		ns		ns		p = .004	
Komm.	82 +18.7%	45 +14.2%	27 +10.0%	100 +20.6%	55 +14.2%	72 +19.6%	38 +22.9%	89 +15.1%
	ns		ns		ns		ns	
Soz. Anp.	84 +33.7%	71 +41.3%	31 +23.3%	124 +43.1%	55 +29.0%	100 +43.3%	56 +49.6%	99 +32.1%
	ns*		ns		ns		p = .02	
Motorik	87 +16.3%	88 +24.4%	25 + 9.1%	150 +24.2%	44 +10.9%	131 +26.6%	75 +32.5%	100 +15.1%
	ns**		p = .019		p = .019		p = .005	
Gesamt	504 +25.2%	464 +33.7%	205 +19.5%	763 +32.9%	369 +24.0%	599 +32.6%	362 +42.2%	606 +24.0%
	p = .019		p = .041		ns		p = .002	
	N=28	N=19	N=13	N=34	N=20	N=27	N=13	N=34

*p = .074
**p = .067

Die erste Gegenüberstellung trennt die Versuchsgruppen in die vier mit der Bedingung "wenig Supervision" und die drei mit der Bedingung "viel Supervision"; die Erwartung ging dahin, daß die länger supervidierten Gruppen einen stärkeren Zuwachs an Selbsthilfe-Fertigkeiten und insgesamt an neu auslösbaren PAC-Items nach dem Training zeigen würden als die weniger lang supervidierten Gruppen, weil supervidierte Mediatoren "instruktionsfrommer" wären und z.B. mehr prompting- und shaping-Prozeduren durchführen und mehr Lerndurchgänge provozieren würden als Mediatoren, die kaum beaufsichtigt wurden. Die Gegenüberstellung zeigt, daß dies im Großen und Ganzen der Fall zu sein scheint. Im Bereich "Selbsthilfe" und im Gesamtergebnis ist der Zuwachs der "Viel Supervision"-Gruppen gegenüber den "Wenig Supervision"-Gruppen stärker. In den Bereichen "Motorik" und "Soziale Anpassung" verfehlt die jeweilige Differenz in der erwarteten Richtung die Signifikanzschranke nur ganz knapp ($p = .074$ und $p = .067$, resp.; verwendet wurde als Prüfstatistik der Wert U nach Mann und Whitney).

Die dann folgenden drei Gegenüberstellungen gruppieren die Versuchs- bzw. Mediatorengruppen noch auf andere Weise. Einmal werden die Versuchsgruppen I und II, die der Zivildienstleistenden als Mediatoren, den übrigen fünf Gruppen gegenübergestellt. Die Zivildienstleistenden (ZDL) waren solche Personen, die mindestens mehrere Monate lang auf einer konventionellen Pflegestation gearbeitet hatten. Sie konnten also als "erfahren" gelten, soweit der praktische Ablauf gemeint ist; andererseits hatten sie keinerlei psychologisches Fachwissen oder sonstwie spezifische Information über Verhaltenstherapie vermittelt bekommen, nahmen an keiner Ausbildung teil und besaßen nicht das Abitur (im Gegensatz zu den Mediatoren der Gruppe III, die ebenfalls ZDL waren, aber sowohl theoretisches Wissen über Psychologie besaßen als auch das Abitur gemacht hatten, aber keine praktische Vorerfahrung im konventionellen Pflegedienst). Die Erwartung ging dahin, daß die ZDL-Grup-

pen weniger deutliche Erweiterungen des Verhaltensrepertoires bei den Trainees zustande bringen würden als die übrigen Versuchsgruppen. Dies vielleicht, weil die Erfahrung mit der konventionellen Pflegeroutine eher ein Hindernis als eine Hilfe darstellen könnte, weil diese Personen bereits eine recht rigide Routine gelernt haben könnten; sie könnten auch eine andere Motivationslage, weil sie an keiner Ausbildung im Hause teilnahmen, vielleicht könnte auch ihr geringes theoretisch-psychologisches Wissen eine Rolle spielen. Die Erwartung bestätigte sich im wesentlichen auch; deutlich wird der geringere Punktgewinn der ersten beiden Gruppen im motorischen Bereich und beim Gesamtergebnis (wiederum nach Maßgabe der Statistik U von Mann und Whitney); tendenziell trifft es jedoch auch für die anderen Bereiche zu. Die Supervisionsbedingung kann hier keine Rolle spielen; es scheinen sich also zwei Einflüsse oder Mediatorenvariablen anzudeuten, die mit dem Trainingserfolg zu tun haben.

Bei der nächsten Gegenüberstellung wurden die Gruppen I bis II den restlichen Versuchsgruppen gegenübergestellt, d.h. alle ZDL, auch die mit Abitur, höherer allgemeiner Intelligenz und theoretischem Wissen über Verhaltenspsychologie den 4 Gruppen, die aus Heilerziehungspflegern in der Ausbildung (HEP) bestanden. Es wurde erwartet, daß die HEP größere Verhaltensänderungen zuwege bringen würden, weil sie motivierter wären, denn der Supervisor und Untersucher war gleichzeitig Hauptfachdozent in ihrer Ausbildung (und erteilte in dieser Eigenschaft Noten wie in der Schule, beurteilte also den Ausbildungserfolg mit), und weil ein gewisses Maß an theoretisch-systematischem Wissen über Verhaltensmodifikation vielleicht doch einen Einfluß auf das Mediatorenverhalten haben könnte. Über die Gründe, warum bestimmte Mediatorengruppen vielleicht besser "funktionieren" könnten als andere, kann selbstverständlich nur spekuliert werden; diese Gründe schienen auch

nicht ausreichend wichtig, um genauere Untersuchung zu rechtfertigen. Dieser Untersuchung ging es vor allem um die einfache Frage, ob theoretisches Wissen unabdingbare Voraussetzung dafür ist, daß ein Betreuer erfolgreich Pfleglingsverhalten gezielt modifiziert.

Das Gesamtergebnis bei dieser Gruppierung (Gruppen I-III vs. IV-VII) zeigt, daß die HEP in allen Bereichen "bessere" Ergebnisse im Training erzielen, daß ihr Vorsprung aber nur tendenziell ist und nur bei der Motorik die Signifikanzschranke überschreitet[1]. Die Gruppe III (ZDL mit Abitur, ohne Pflegeerfahrung, aber mit einigem theoretischem Psychologie-Wissen, höherer Test-Intelligenz) scheint in ihrer Wirksamkeit den HEP ähnlicher zu sein als den ZDL, so daß diese Gruppierung das Bild eher verwischt, daß sich bei der Gruppierung I und II versus III-VII klarer gezeigt hatte (die verwandte Prüfstatistik war in allen Fällen wieder Mann-Whitheys U).

Wenn es zwei unabhängige Einflüsse gibt, die erfolgreiches Mediatorenverhalten begünstigen, dann müßten sich diese kombinieren können und die relativ "besten" Trainingsergebnisse liefern, d.h. die größten meßbaren Erweiterungen des Verhaltensrepertoires aufweisen. Zu diesem Zweck wurde geprüft, ob die beiden Gruppen, in denen sich die Bedingungen "Viel Supervision" und "Heilerziehungspfleger" kombinieren, im Trainingsergebnis den anderen Gruppen überlegen sind, und ob die Unterschiede deutlicher werden als bei den anderen Gegenüber-

---

[1]Es sei wieder an den zu erwartenden Alpha-Fehler bei serialen Signifikanztests erinnert: von den 20 Tests wird einer eine Scheinsignifikanz bezeichnen.

stellungen. Dieses Ergebnis war nach der Hypothese zu erwarten, und es wurde tatsächlich gefunden: in allen Bereichen außer dem der Kommunikation wurde das Verhaltensrepertoire der Trainees sehr signifikant stärker erweitert, wenn die erleichternden Mediatorenbedingungen zugleich anwesend waren, als in den anderen Gruppen; diese Differenzen sind deutlich größer als bei anderen Gruppierungen.

Weitere statistische Verarbeitung erschien nicht sinnvoll. In Frage gekommen wäre bei der Datenqualität einer Ordinalskala nur ein nonparametrisches Verfahren, etwa das von Kruskal-Wallis als Ersatz für eine Varianzanalyse. Dies hätte jedoch keine weitere Information über das Gesagte hinaus erbracht und das Bild auch nicht weiter vereinfacht.

Zusammenfassung: Es scheint zwei Einflüsse oder Variablen auf Seiten der Mediatoren zu geben, die zu erfolgreicherer Verhaltensmodifikation bei den Trainees führen, d.h. zu umfangreicheren Erweiterungen des erfaßten Verhaltensrepertoires durch das Training: die Bedingungen "viel Supervision" und "Heilerziehungspfleger". Hinter diesen Bedingungen verbirgt sich sicher jeweils ein ganzes Bündel von Faktoren, die nur vermutet werden können. Andererseits ist theoretisches Wissen oder Teilnahme an einer spezifischen Ausbildung offenbar keine conditio sine qua non für erfolgreiche Verhaltensmodifikation; eher könnte das Erlernen der konventionellen Pflegeroutine ein hinderliches Erlebnis sein. Wenn die beiden günstigen Bedingungen zusammentreffen, werden die Differenzen am deutlichsten. Diese gilt für alle Bereiche der PAC außer dem der Kommunikation, der sich wieder als kurzfristiger Beeinflussung am wenigsten zugänglich erweist.

3.2.2. Kurzfristig erreichbare Verhaltensänderungen, bezogen auf die Toilettenbenutzung

In der zitierten Literatur zum verhaltenstherapeutischen Toilettentraining Behinderter finden sich üblicherweise Graphiken, die den Abfall der Toilettenunfälle und zugleich den Anstieg der selbständigen Toilettengänge der Versuchspersonen über einen Zeitraum hinweg zeigen. In dieser Untersuchung wurden die Trainer jedoch dazu angehalten, Toilettenunfälle zu provozieren und das Verhalten der Pfleglinge im Verlauf des Trainings "auszutesten"; daher wäre eine solche Darstellung der Ergebnisse nicht recht sinnvoll, da ja das Trainingsziel nicht in erster Linie darin bestand, möglichst selten "Unfälle" aufschreiben zu müssen. Es wurde etwa durchprobiert, was geschehen würde, wenn Patient A seine Bedürfnisse bisher rechtzeitig ansagte und dann zur Toilette geschickt wurde (und auf diese Weise sauber und trocken war), und die Aufforderung des Mediators zum Toilettenbesuch nun ausblieb - würde A nun völlig selbständig zur Toilette gehen oder eher in die Hose machen? Oder es wurde erprobt, was geschehen würde, wenn ein Patient B erfolgreich sauber und trocken gehalten werden konnte, indem er dreimal täglich zu bestimmten Zeiten vom Mediator durch verbales Kommando zur Toilette geschickt wurde, und wenn nun diese Fremdauslösung des erwünschten Verhaltens plötzlich ausblieb? Würde B dann selbständig gehen oder nicht? (Im Falle des Mißerfolgs sollte versucht werden, den Fremdauslöser "auszuschleichen") Dergleichen Versuche wurden mit fast jedem Trainee angestellt, so daß Unfälle provoziert wurden, die ohne weiteres vermeidbar gewesen wären, hätte man sich mit dem bereits erreichten Grad von Kontinenz ohne weitere Fragen zufrieden gegeben. Das Ziel bestand jedoch nicht darin, Toilettenunfälle auf jeden Fall zu vermeiden, sondern darin, die Trainees zu einem möglichst großen Grad an Selbständigkeit bei der Toilettenbenutzung zu bringen, wobei in jedem einzelnen Fall durchprobiert

wurde, wieviel an Hilfestellungen seitens der Mediatoren zur adaequaten Toilettenbenutzung nötig waren.

Weiter wird in der genannten verhaltenstherapeutischen Literatur zu diesem Thema immer die stillschweigende Voraussetzung gemacht, ein Schwerbehinderter sei entweder sauber oder nicht, wobei mit "sauber" wohl gemeint ist, er benutze die Toilette adaequat ohne äußere Auslöser, allein auf den Stimulus "Blasenspannung" hin, also auf einen propriozeptiven Reiz. Nach den Erfahrungen dieser Untersuchung scheint dieses Entweder-Oder schwer verständlich. Es mag sein, daß die zitierten einschlägigen Arbeiten weniger stark Behinderte als Vpn hatten und das Sauberkeitstraining ein reines Disziplinproblem darstellte, wobei die auszulösende Sequenz leicht zu vermitteln oder schon vorhanden war, so daß bei ausreichend potenter Verstärkung die volle Selbständigkeit ohne prompting durch die Mediatoren schnell erreicht war. Für die hier beschriebene Population soll, so zeigte sich deutlich, diese grobe Dichotomisierung in "selbständig sauber/unsauber" nicht vorgenommen werden; die Trainees zeigen im Toilettenverhalten alle Durchgangsstufen, die gesunde junge Kinder auch zeigen, die ja ebenfalls nicht von einem Tag auf den anderen von der Unsauberkeit zur selbständigen Toilettenbenutzung gelangen, sondern eine Reihe von Zwischenstufen durchlaufen und erst allmählich die stabile Endform des Eliminationsverhaltens zuverlässig ausbilden.

Viele der Trainees waren entsprechend meist selbständig bei der Toilettenbenutzung, d.h. benötigten in der Regel keinen cue seitens der Mediatoren; dennoch hatten sie gelegentlich Toilettenunfälle. Andere hatten zwar mehr Unfälle als adaequate Eliminationen, gingen aber eindeutig mehrmals von sich aus zur Toilette und benutzten sie. Der größte Teil der Trainees konnte durch verbale Aufforderung fast völlig trocken und sauber gehalten werden, ging aber auch gelegentlich von alleine zur Toilette und benutzte sie,

hatte gleichzeitig aber auch gelegentlich noch einen Unfall (etwa beim intensiven Spielen oder bei Erregung); auch Toilettenbesuche, ohne daß tatsächlich eliminiert wurde, kamen spontan vor (was zeigt, daß die "verstärkerbringende" Funktion des selbständigen Toilettengangs verstanden worden war, noch nicht aber die hinreichende Bedingung, auch zu eliminieren). Kurz, das Toilettenverhalten ist in diesem Trainingsstadium - genau wie bei jungen Kindern - meist noch kein stabiles, eindeutig klassifizierbares Verhalten. Die Beobachtungszeit scheint zu kurz zu sein, als daß sich das Verhalten hätte stabilisieren können; die zehn Trainingstage erlaubten wohl auch häufig nicht genügend Lerndurchgänge, um die erwünschte Endform zu erreichen, so daß in vielen Fällen das Training gewissermaßen auf halbem Wege abgebrochen wurde, wobei die Patienten vielleicht durchaus zuverlässig selbständig hätten werden können, wenn sie mehr Lerndurchgänge gehabt hätten. Bei jungen Kindern dauert dieser Lernablauf in aller Regel ja auch länger als zehn Tage. Toilettenverhalten ist offenbar unter der beschriebenen Bedingungen anfangs in aller Regel eine Mischform von erwünschtem, unerwünschtem und Vorformen zum erwünschten Toilettenverhalten. Das erwünschte Endverhalten völliger Selbstverständlichkeit über einige Tage zu stabilisieren gelang z. T. durchaus auch in dieser knappen Zeit, aber nur in einem knappen Drittel der Fälle. Andererseits sind völlige Mißerfolge kaum zu erwarten, denn selbst die wenigen als solche eingestuften Patienten zeigten ausnahmslos Ansätze in der erwünschten Richtung (die der Grobheit der Skala zum Opfer fielen, mit der das Toilettenverhalten am Ende des Trainings eingestuft wurde, s.u.). Daß fast jeder Behinderte diskriminative Bedingungen für die Elimination erlernen könnte, liegt bei näherem Betrachten auf der Hand: schließlich erlernt diese Leistung auch jeder Großstadthund, einschließlich der Eigeninitiative als Reaktion auf propriozeptive Reize, wenn der Hund z.B. an der Tür kratzt, um ins Freie gelassen zu werden.

Um deshalb zu einer realistischeren Darstellung der Trainingsergebnisse bezüglich des Toilettenverhaltens zu gelangen, muß die Frage nach dem Trainingserfolg umformuliert werden. Sie soll nicht lauten, "Wie viele Schwerstbehinderte können in 11 Tagen vom inadaequaten Eliminationsverhalten zur selbständigen Toilettenbenutzung gebracht werden?", sondern besser, "Mit welchem Arbeitsaufwand seitens der Mediatoren sind unter ausreichenden pflegerischen Bedingungen Schwerstbehinderte in der Regel sauber und trocken zu halten?". Im Denken der Betreuer wie auch der Anstaltsplaner wird gewissermaßen stillschweigend vorausgesetzt, "sauber" zu sein oder zu werden sei Sache der Patienten, nicht die der Pflegepersonen. Eine andere unausgesprochene Voraussetzung scheint die zu sein, daß ein erfolgreich trainierter Patient das erwünschte Toilettenverhalten beibehalten müsse, ganz gleich, unter welchen Umständen er lebe, daß also das neu erworbene Verhalten quasi "einrasten" und dann stabil bleiben müsse. Würde ein als "sauber" aus dem Training entlassener Patient prompt wieder "rückfällig", sobald er wieder auf seiner bisherigen Station lebt, so spräche das gegen die Wirksamkeit der Trainingsmethoden oder auch gegen die Lernfähigkeit der Patienten, nicht gegen die Praxis der Unterbringung. Diese Denkschemata dürften Relikte "innerpsychischer" Vulgär-Verhaltenstheorien sein, die sicher kaum je einmal bewußt ausformuliert, sondern implizit gebraucht werden. In den Ergebnissen der Nachbeobachtung wird sich aber zeigen, daß Patienten - für den Verhaltenspsychologen eigentlich selbstverständlich - auch beim Toilettenverhalten auf äußere Stimuli und Hilfen reagieren. Ist das nötige Minimum solcher hilfreicher "prompts" gegeben, sind sie leicht auf dem erreichten Stand des Toilettenverhaltens zu halten; wird dieses Minimum aber unterschritten, werden die erworbenen Verhaltensmuster nicht oder nicht korrekt "ausgeklinkt", und die Patienten werden "rückfällig", eben weil sie nicht durch das Training ein für allemal "umprogrammiert" worden sind.

Um dieser neuen Fragestellung und der Erfahrung gerecht zu werden, daß das Trainingsergebnis meist eine Mischform, also eine mehr oder weniger vollständige Vorform des erwünschten Toiletten-Endverhaltens darstellt, wurde eine vierstufige Skala entworfen, deren Stufen durch das vorwiegende Toilettenverhalten eines Trainees definiert waren. Die Skala sollte also beschreiben, wie weit jeder Trainee in den elf Trainingstagen auf dem Weg zum erwünschten Endverhalten etwa gekommen war; dabei wurde das Training natürlich für alle Trainees zum gleichen Zeitpunkt willkürlich - und wahrscheinlich etwas zu früh - abgebrochen (d.h. auch die "halben Erfolge" und "Versager" hätten eventuell durchaus noch "volle Erfolge" werden können, wenn sie mehr Zeit gehabt hätten).

Die Einstufung jeder Versuchsperson auf der Skala wurde anhand von Berichtsformularen vorgenommen, die die Mediatoren für jeden Patienten und jeden Trainingstag ausgefüllt hatten. Diese Formulare zeigten jede Entleerung an, entweder als "Unfall", als erfolgreiche, d.h. adaequate Toilettenbenutzung mit oder ohne direkte physische Hilfestellungen, aber auf Veranlassung der Mediatoren, genannt "Aufsetzen" (auch wenn nichts weiter erfolgte als eine verbale Aufforderung oder Erinnerung), oder aber als "Selbständige Toilettenbenutzung", d.h. ohne jede Aufforderung oder Hilfe seitens der Mediatoren; außerdem unterteilten die Formulare die Eliminationen noch in "kleine" und "große Geschäfte", und gaben die Stunde der Elimination an. Auf diese Weise lagen Verläufe für jeden Trainingstag und jeden Trainee vor, die eine objektive Zuordnung zur folgenden Skala durch einfaches Auszählen erlaubten. Zur Kontrolle wurden jeweils die Abschlußberichte zum Vergleich herangezogen, die die Stationen für jeden Trainee bekamen (Beispiele solcher Berichte finden sich im Anhang). Als "selbständig" wurden auch solche Toilettengänge klassifiziert, die der Patient ankündigte und sich quasi die Erlaubnis dafür holte, weil die Initiative von ihm und nicht vom Betreuer ausgegangen war; die

spontane Nachahmung des Toilettengangs eines anderen Trainees wurde jedoch als "Aufsetzen" registriert, da der Auslöser wahrscheinlich nicht der propriozeptive Reiz "Blasenspannung" war.

Die Skala, die den Trainingserfolg bezüglich des Toilettenverhaltens einschätzt, umfaßt die folgenden vier Stufen:

Stufe 1: "Voller Erfolg"

Dieser Stufe wurde ein Trainee zugeteilt, wenn er

- selbständig die Toilette benutzte, also wenn der Auslöser für die entsprechende Verhaltenssequenz die Blasenspannung bzw. der Darmdruck war und nicht eine Aufforderung oder Erinnerung seitens der Mediatoren, oder wenn er
- von sich aus "ansagte", um geschickt zu werden, ohne daß der Betreuer das angeregt hätte, und wenn außer dieser vom Patienten ausgelösten Hilfe oder Aufforderung weder physische noch verbale prompts noch eine Kontrolle über den Ablauf der Sequenz nötig waren, und wenn der Trainee gleichzeitig
- im Durchschnitt nicht mehr als einen Unfall pro Trainingstag hatte und an mindestens drei aufeinander folgenden Tagen im Training gar keinen Unfall und mindestens zwei Drittel der Entleerungen im Training insgesamt unter den genannten Bedingungen der Selbständigkeit erfolgten. Falls mehr Unfälle geschahen, obschon sonst die Bedingungen der Selbständigkeit erfüllt waren, wurde das Verhalten des Pfleglings der Stufe 2 zugeteilt.

Stufe 2: "Zwei-Drittel-Erfolg"

Dieser Stufe wurde ein Trainee oder ein Pfleglings zugeteilt, wenn

- er entweder keine Hilfestellung außer einer verbalen Aufforderung brauchte, also wohl die Sequenz selbst beherrschte, aber noch vom externen sozialen Stimulus abhängig war, um sie auszulösen, d.h. wenn er auf verbale Signale des Mediators reagierte statt auf den adaequaten propriozeptiven Reiz, oder wenn

- er zwar meist selbständig zur Toilette ging, aber bei der Verrichtung selbst nicht ausreichend "zuverlässig" war, so daß er bei Ausbleiben entsprechender Fragen oder Erinnerungen mehr als die für Stufe 1 tolerable Zahl von Unfällen hatte, oder wenn
- er nicht hauptsächlich selbständig die Toilette benutzte, d.h. in weniger als zwei Drittel der Fälle von Entleerungen, wenn Aufsicht, Kontrolle und verbale Steuerung, aber keinerlei praktisch-physische Hilfestellung ("mit Anfassen") nötig waren, und wenn
- er nicht mehr als durchschnittlich einen Unfall pro Tag und mindestens drei aufeinanderfolgende unfallfreie Tage hatte. Im anderen Fall wurde der Trainee Stufe 3 zugeteilt.

Stufe 3: "Ein-Drittel-Erfolg"

Dieser Stufe wurde das Verhalten des Trainees zugeteilt, wenn

- er mit Hilfe verbaler und ggfls. physischer Hilfestellungen auf Veranlassung des Trainers die Toilette mit Erfolg benutzte, also den Ort für die Entleerung gelernt hatte, die vorbereitenden Teile der Sequenz aber nicht ausreichend beherrschte, um mit einem verbalen Signal als Auslöser allein auszukommen (genannt "Aufsetzen", kaum anders als das "Töpfen" beim gesunden Kleinkind), und wenn
- er gleichzeitig nicht mehr als durchschnittlich einen Toilettenunfall pro Tag während des Trainings hatte, vorausgesetzt, er wurde ausreichend häufig (ca. alle zwei Stunden) aufgesetzt. Die ersten drei Trainingstage waren hierbei ausgenommen, da zu Anfang mehr "Unfälle" toleriert werden mußten; diese Ausnahme gilt jedoch nur für Stufe 3.

Stufe 4: Kein nennenswerter Erfolg

Dieser Stufe wurde das Verhalten eines Trainees zugeteilt, wenn

- er mehr als die auf Stufe 3 tolerierte Zahl von Unfällen

hatte, d.h. auch bei häufigem Aufsetzen mehr als durchschnittlich einen Unfall pro Tag vom vierten Tag des Trainings an. Stufe 4 bedeutet also nicht unbedingt, daß sich keinerlei Trainingserfolg zeigte, sondern eher, daß er noch nicht nennenswert deutlich war.

Die folgende Tabelle zeigt, daß rund drei Viertel der untersuchten Schwerstbehinderten in kurzer Zeit in ihrem Toilettenverhalten die Definitionen der Skalenstufen 1 oder 2 erfüllten, also mit einem geringfügigen Aufwand an Zeit und Aufmerksamkeit seitens der Betreuer mit seltenen oder keinen Toilettenunfällen auskommen. Weitere 15 % der Patienten waren durch ausreichend häufiges Aufsetzen trocken und sauber zu halten im Sinne der Skalenstufe 3. Ohne deutlichen Trainingserfolg (Stufe 4) blieben nur 4 von 46 Trainees.[1]

---

[1]Die Zahl von 46 Trainees kommt durch den Ausschluß eines Patienten von diesem Teil der Auswertung zustande. Es handelte sich in diesem Fall um ein disziplinäres Problem; der Trainee benutzte vom ersten Tag an die Toilette, beherrschte also die erwünschte Sequenz sicherlich auf Stufe 1. Um Aufmerksamkeit zu erzwingen, kotete er jedoch öfters in die Ecken, wobei die Löschung dieses Verhaltens in der Trainingszeit nicht gelang. Dieser Patient war also eine Fehlmeldung für das Training, was jedoch erst im Verlauf des Trainings klar wurde. Der Skala konnte dieses völlig verschiedene Verhalten nicht sinnvoll zugeordnet werden und wurde daher von der Einstufung ausgeschlossen.

Rating des Toilettenverhaltens nach dem Training

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Summe N
Gruppe 1	3	1	2	1	7
Gruppe 2	2	4	0	0	6
Gruppe 3	1	5	0	1	7
Gruppe 4	3	1	1	2	7
Gruppe 5	2	3	2	0	7
Gruppe 6	1	4	1	0	6
Gruppe 7	2	3	1	0	6
Summe N	14	21	7	4	46
in %	30.4	45.7	15.2	8.7	100

Die statistische Überprüfung auf signifikante Differenzen zwischen den Bedingungen "Viel Supervision" und "Wenig Supervision" sowie für die Bedingungen "Mediatoren=HEP" und "Mediatoren=Non-HEP" ergab keine bedeutsamen Gruppenunterschiede.

3.2.2.1. Änderungen im Toilettenverhalten im zeitlichen Ablauf betrachtet

Die in der vorstehenden Tabelle zusammengefaßten Zahlen geben gewissermaßen den outcome "unter dem Strich" wieder, eine Einschätzung des Endergebnisses der Trainingstage. Ergänzend dazu soll jetzt noch dargestellt werden, wie im Trainingsverlauf bestimmte Arten der Elimination zu- oder abgenommen haben. Es wurden drei Arten von Eliminationsverhalten wie folgt definiert:

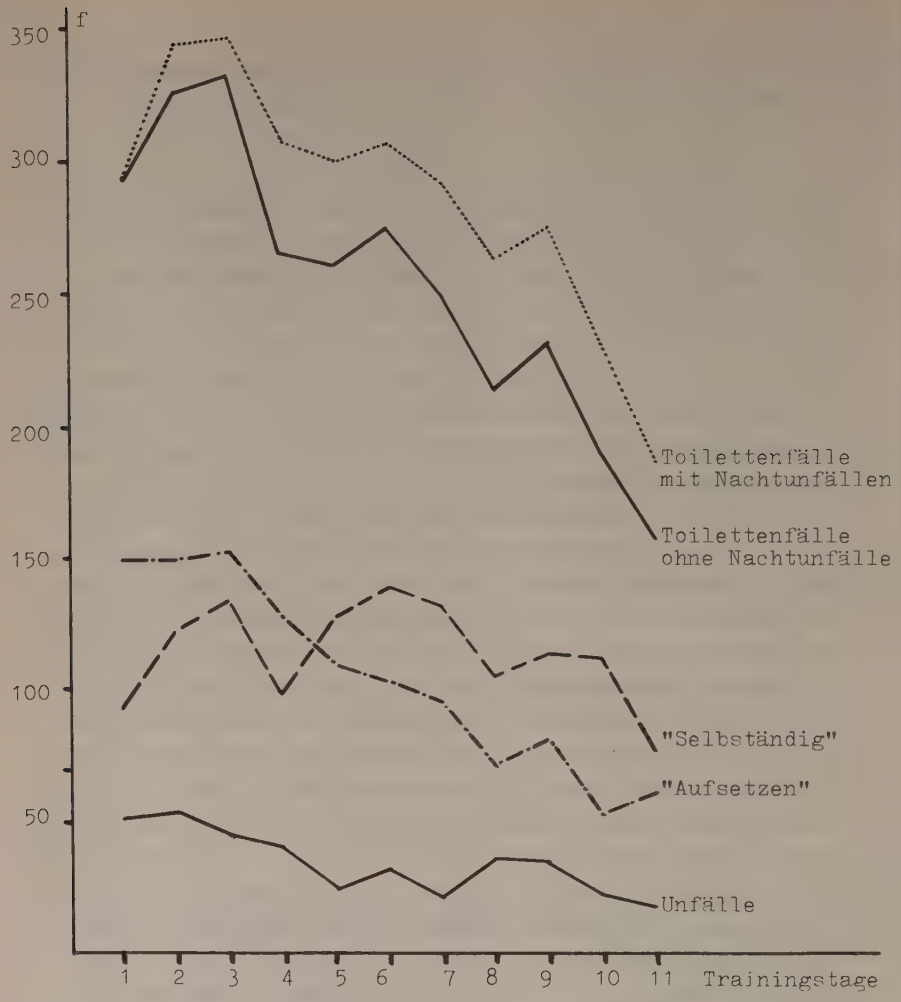
- "Unfall" heißt, daß der Trainee einnässte oder einkotete oder an einem unangebrachten Ort eliminierte, d.h. jede Entleerung, die nicht in die Toilette geschah, wurde als "Unfall" registriert. Nächtliche Unfälle wurden jedoch gesondert aufgeführt; dies bezieht sich nur auf die ca. 15 Stunden des Tages, an denen die Patienten wach und die Mediatoren anwesend waren;
- "Aufsetzen" bedeutet wieder, daß ein Toilettengang zwar zur Elimination unter erwünschten Bedingungen führte, aber ein mehr oder weniger großes Maß an Eingreifen seitens der Mediatoren erforderte (etwa nur verbale Cues wie "Mußt Du nicht mal wieder?", oder auch direkte physische Hilfen). Dieses "Aufsetzen" kann also ganz verschiedene Grade von Unselbständigkeit bezeichnen, ist aber gegenüber "Selbständigkeit" streng definiert: solange der Trainee eher auf einen sozialen Reiz als auf den propriozeptiven der Blasenspannung bzw. des Darmdrucks reagierte (also nicht "spontan" zur Toilette ging), wurde dieses Verhalten auch bei sonst völliger Selbständigkeit im Ablauf der Sequenz und bei Abwesenheit von Unfällen noch als "Aufsetzen" gezählt.
- "Selbständig" bedeutete also, daß ein Trainee ohne jegliche Hilfe oder Erinnerung auf der Toilette eliminiert hatte, d.h. "spontan" bzw. auf den adaequaten propriozeptiven Reiz hin gegangen war.

Jede Elimination während des Trainings wurde für jeden Patienten einer dieser drei Arten zugeteilt und auf ein Be-

richtsblatt eingetragen. Nicht festgehalten wurden Toilettenbesuche, die nicht zur Elimination führten, seien sie "spontan" oder "durch Aufsetzen" zustande gekommen.

Die folgende Graphik basiert auf nur 11 Trainingstagen, weil die Trainees am zwölften und letzten Trainingstag bereits im Laufe des Nachmittags wieder auf ihre jeweiligen Stationen zurück entlassen worden waren, um den Abend zum Säubern und Aufräumen der Trainingsstation zur Verfügung zu haben. Dieser letzte Tag war daher also zeitlich kürzer als die anderen und wurde wegen mangelnder Vergleichbarkeit ausgelassen, da die Trainees nicht genau gleichzeitig verabschiedet werden konnten und daher dieser letzte Tag im Training nicht für alle gleich lang war. Nicht ganz vollständig ist auch der jeweils erste Trainingstag jeder Gruppe, weil die Trainees nicht gleichzeitig, sondern nacheinander zwischen 9.00 und 11.00 Uhr aufgenommen werden mußten, also ihre morgenlichen Toilettengänge schon auf ihren Stationen absolviert hatten, während an den übrigen Tagen der Tagesablauf ab 7.00 Uhr erfaßt ist. Die Kurven setzen daher am ersten Trainingstag etwas zu niedrig an; die übrigen Trainingstage, also vom zweiten bis zum elften einschließlich, sind jedoch vollständig erfaßt, d.h. vom Aufwachen bis zum Schlafengehen.

Die Graphik zeigt die Frequenzen der drei Arten der Eliminationen über alle Trainingstage, summiert für alle Trainee-Gruppen. Dazu wurde noch die entsprechende Summenkurve für Eliminationen insgesamt ohne Rücksicht auf ihre Erwünschtheit oder Unerwünschtheit eingezeichnet, also die Summe aus Unfällen, selbständigen und unselbständigen Toilettengängen.



Zeitlicher Verlauf des Trainings, dargestellt in absoluten Frequenzen der drei Arten von Eliminationen sowie der Eliminationen insgesamt, summiert über alle Versuchsgruppen

Es war erwartet worden, daß die Zahl der selbständigen Toilettengänge von Null ausgehend allmählich im Laufe des Trainings auf ein mehr oder weniger hohes Frequenzniveau ansteigen würde; parallel dazu sollte die Zahl der Unfälle zurückgehen, und zwar im etwa gleichen Maße, bei insgesamt etwa gleicher Zahl der Eliminationen insgesamt. Hinter dieser Erwartung steckte wieder die implizite und ungerechtfertigte Voraussetzung, ein Patient sei entweder selbständig sauber und trocken oder eben nicht. Die Graphik zeigt denn auch auf den ersten Blick, daß der tatsächliche Verlauf anders als erwartet ausfiel:

- Die Zahl der "Unfälle" ist von Anfang an relativ gering und nimmt nicht sehr deutlich ab;
- Die Zahl der selbständigen Toilettengänge ist von Anfang an höher als die der "Unfälle" und hält ihr Frequenzniveau ungefähr durch das ganze Training, d.h. sie nimmt nicht zu, sondern eher sogar ab;
- Die Zahl der Toilettengänge durch Aufsetzen geht dagegen deutlich zurück und fällt am fünften Trainingstag bleibend unter die Frequenz der selbständigen Eliminationen;
- Die Zahl der Eliminationen insgesamt geht am deutlichsten zurück, da alle drei Eliminationsarten seltener werden und sich diese Frequenzrückgänge summieren.

Der Anteil der selbständigen Toilettengänge an den Eliminationen insgesamt wächst also zwar relativ an, aber nicht absolut; Eliminationen werden insgesamt deutlich seltener, d.h. sie sinken in der zweiten Trainingshälfte auf knapp die Hälfte der Ausgangsfrequenz, und zwar in erster Linie aufgrund der Rückgänge bei Fällen von Aufsetzen. Offenbar erlernten die Trainees nicht nur ein größeres Maß an Selbständigkeit im Erledigen der Eliminationen, sondern auch Schließmuskelkontrolle bei höherer Blasenspannung bzw. höherem Darmdruck, so daß gleichzeitig mit der zunehmenden Selbständigkeit auch die Abstände zwischen den Eliminationen größer wurden.

Überraschend war weiter, daß viele Patienten von vornherein wenig Unfälle hatten, und daß andere offenbar in ganz kurzer Zeit verstanden hatten, was die Mediatoren von ihnen wollten. Eine ganze Reihe von Trainees wußte deutlich, wozu eine Toilette da ist und wie man sie benutzt, obwohl sie auf ihren Stationen eindeutig einnäßten und einkoteten. Bei diesen Patienten schien fast so etwas wie eine Art one-trial-learning abzulaufen; in Wirklichkeit dürfte dies kein Neulernen, sondern ein Aufdecken oder Mobilisieren von ungenutzten Bestandteilen des Verhaltensrepertoires darstellen. Dieser Umstand scheint dafür verantwortlich, daß die Zahl der Unfälle von vornherein recht niedrig lag. Der Trainingserfolg schien teilweise - entgegen allen Erwartungen - in zunehmender Selbständigkeit beim Abwickeln des erwünschten Verhaltens und in zunehmender Sphinkterkontrolle, aber nicht in drastischer Reduzierung der Unfälle zu bestehen. Die Zahl der Unfälle nimmt zwar leicht ab, aber die Unfälle kamen ohnehin zum größten Teil durch die Trainingsversager allein zustande, also durch den "harten Kern" der 8.7 % nicht nennenswert "gebesserten" Patienten.

Die folgende Tabelle enthält im wesentlichen die gleiche Information wie die vorangegangene Graphik; sie zeigt die Rohzahlen für alle Gruppen und für die Trainees insgesamt, die auch der Graphik zugrundeliegen. Die Trainingstage 2 bis 6 und 7 bis 11 einschließlich wurden dabei als erste und zweite Trainingshälfte bezeichnet und die entsprechenden Häufigkeiten summiert (unter Ausschluß der unvollständig trainierten Tage 1 und 12). Es wurde dann mit Hilfe des Tests von Wilcoxon (der bei zwei abhängigen Stichproben und Daten auf Ordinalskalenniveau angemessen schien) überprüft, ob die Differenzen zwischen den Trainingshälften mit ausreichender Wahrscheinlichkeit "echt" waren und nicht zufällige Schwankungen darstellten.

Die tabellierten, in Zahlen dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (wobei bei 32 Signifikanz-

tests wieder 1 bis 2 Scheinsignifikanzen enthalten sein könnten):

- Die Zahl der selbständigen Toilettengänge nimmt nur in der Gruppe 2 erwartungsgemäß von der ersten zur zweiten Trainingshälfte signifikant zu; in allen übrigen Gruppen und insgesamt nimmt sie überraschenderweise sogar leicht ab;
- Die Zahl der Toilettengänge "durch Aufsetzen" nimmt in 5 von 7 Gruppen von der ersten zur zweiten Trainingshälfte signifikant ab; auch insgesamt bestätigt die statistische Wahrscheinlichkeitsprüfung den graphisch dargestellten Abfall ($p = .001$);
- Die Zahl der "Unfälle" geht in allen Gruppen von der ersten zur zweiten Trainingshälfte nur leicht zurück, so daß der Rückgang nur bei Summierung über alle Gruppen insgesamt signifikant wird;
- In 6 von 7 Gruppen geht die Zahl der Eliminationen von der ersten zur zweiten Trainingshälfte signifikant zurück, so daß dies natürlich auch insgesamt für alle Gruppen gilt.

		1. TRAININGSHÄLFTE						2. TRAININGSHÄLFTE						
TRAININGSTAGE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Summe	p =
GRUPPE I	SELBST.	13	22	24	8	20	15	19	15	8	9	14	167	
N = 7	AUFS.	42	27	32	29	14	21	18	10	19	11	11	234	
wenig SV	UNFALL	3	12	7	4	1	4	3	6	7	1	2	50	
NON-HEP	SUM. TOIL.	58	61	63	41	35	40	40	31	34	21	27	451	
			Sum. SELBST. = 89					Sum. SELBST. = 65						ns
			Sum. AUFS. = 123					Sum. AUFS. = 69						p = 0.01
			Sum. UNFALL = 28					Sum. UNFALL = 19						ns
			Sum. TOIL. = 240					Sum. TOIL. = 153						p = 0.01
GRUPPE II	SELBST.	1	3	3	4	4	7	8	10	10	16	6	72	
N = 6	AUFS.	27	20	19	18	30	10	12	5	8	1	5	155	
viel SV	UNFALL	7	6	4	4	3	4	0	2	1	1	5	37	
NON-HEP	SUM. TOIL.	35	29	26	26	37	21	20	17	19	18	16	264	
			Sum. SELBST. = 21					Sum. SELBST. = 50						p = 0.02
			Sum. AUFS. = 97					Sum. AUFS. = 31						p = 0.001
			Sum. UNFALL = 21					Sum. UNFALL = 9						ns
			Sum. TOIL. = 139					Sum. TOIL. = 90						p = 0.05
GRUPPE III	SELBST.	2	5	13	4	14	10	8	4	10	8	5	83	
N = 7	AUFS.	11	19	12	19	6	4	14	9	18	9	11	132	
wenig SV	UNFALL	17	5	13	10	6	5	3	6	12	5	4	86	
NON-HEP	SUM. TOIL.	30	29	38	33	26	19	25	19	40	22	30	301	
			Sum. SELBST. = 46					Sum. SELBST. = 35						ns
			Sum. AUFS. = 60					Sum. AUFS. = 61						ns
			Sum. UNFALL = 39					Sum. UNFALL = 30						ns
			Sum. TOIL. = 145					Sum. TOIL. = 126						ns
GRUPPE IV	SELBST.	0	5	16	17	17	12	14	15	18	9	6	129	
N = 7	AUFS.	23	23	28	10	5	8	4	2	1	3	1	108	
wenig SV	UNFALL	5	14	4	3	4	4	3	6	3	3	1	50	
HEP	SUM. TOIL.	28	42	48	30	26	24	21	23	22	15	8	287	

		1. TRAININGSHÄLFTE						2. TRAININGSHÄLFTE						
TRAININGSTAGE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Summe	p =
			Sum. SELBST. = 67					Sum. SELBST. = 62						ns
			Sum. AUFS. = 74					Sum. AUFS. = 11						p = 0.001
			Sum. UNFALL = 29					Sum. UNFALL = 16						ns
			Sum. TOIL. = 170					Sum. TOIL. = 89						p = 0.001
GRUPPE V	SELBST.	31	33	32	24	28	29	19	18	22	23	21	280	
N = 7	AUFS.	17	13	25	19	19	19	20	21	13	12	19	197	
viel SV	UNFALL	7	9	5	9	3	5	4	5	3	6	5	61	
HEP	SUM. TOIL.	55	55	62	52	50	53	43	44	38	41	45	538	
			Sum. SELBST. = 146					Sum. SELBST. = 103						ns
			Sum. AUFS. = 95					Sum. AUFS. = 85						ns
			Sum. UNFALL = 31					Sum. UNFALL = 23						ns
			Sum. TOIL. = 272					Sum. TOIL. = 211						p = 0.05
GRUPPE VI	SELBST.	28	19	18	24	19	34	33	10	17	19	13	234	
N = 6	AUFS.	9	24	16	19	19	24	14	9	10	8	9	161	
viel SV	UNFALL	5	4	5	4	3	4	5	4	4	2	0	40	
HEP	SUM. TOIL.	42	47	39	47	41	62	52	23	31	29	22	435	
			Sum. SELBST. = 114					Sum. SELBST. = 92						ns
			Sum. AUFS. = 102					Sum. AUFS. = 50						p = 0.01
			Sum. UNFALL = 20					Sum. UNFALL = 15						ns
			Sum. TOIL. = 236					Sum. TOIL. = 157						p = 0.01
GRUPPE VII	SELBST.	18	35	28	17	25	31	30	33	28	27	12	284	
N = 7	AUFS.	20	23	20	13	16	17	13	15	12	10	5	164	
wenig SV	UNFALL	8	4	7	6	4	6	4	7	5	5	2	58	
HEP	SUM. TOIL.	46	62	55	36	45	54	47	55	45	42	19	506	
			Sum. SELBST. = 136					Sum. SELBST. = 130						ns
			Sum. AUFS. = 89					Sum. AUFS. = 55						p = 0.05
			Sum. UNFALL = 27					Sum. UNFALL = 23						ns
			Sum. TOIL. = 252					Sum. TOIL. = 208						ns

		1. TRAININGSHÄLFTE						2. TRAININGSHÄLFTE						
TRAININGSTAGE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Summe	p =
	SELBST.	93	122	134	98	127	138	131	105	113	111	77	1249	
ALLE	AUFS.	149	149	152	127	109	103	95	71	81	54	61	1151	
GRUPPEN	UNFALL	52	54	45	40	24	32	22	36	35	23	19	382	
N = 47	SUM. TOIL.	294	325	331	265	260	273	248	212	229	188	157	2782	
		Sum. SELBST. = 619						Sum. SELBST. = 537						ns
		Sum. AUFS. = 640						Sum. AUFS. = 362						p = 0.001
		Sum. UNFALL = 195						Sum. UNFALL = 135						p = 0.02
		Sum. TOIL. = 1454						Sum. TOIL. = 1034						p = 0.001

3.2.2.2. Änderungen im Toilettenverhalten im zeitlichen Ablauf betrachtet, mit Rücksicht auf Supervisionsbedingungen und auf Mediatorengruppen

Die folgende Tabelle trennt die sieben Gruppen nach den drei Gruppen mit viel Supervision, und nach den vieren, die wenig Supervision seitens des Untersuchers bekamen (ein bzw. drei Stunden pro Schicht).

Zunächst zeigt sich, daß das oben beschriebene Verlaufsmuster von der ersten zur zweiten Trainingshälfte (leichter Rückgang der Unfälle und der selbständigen Toilettengänge, sehr deutlicher Rückgang der Toilettengänge durch Aufsetzen und damit der Eliminationen insgesamt) für die Bedingungen "Viel Supervision" und "Wenig Supervision" das gleiche ist.

	Viel Supervision		Wenig Supervision	
	1.Tr.-Hälfte	2.Tr.-Hälfte	1.Tr.-Hälfte	2.Tr.-Hälfte
Selbst	281	245 (ns)	338	292 (ns)
Aufs.	294	166 (p=.001)	346	196 (p=.001)
Unfälle	72	47 (ns)	123	88 (ns)
Elimin.	647	458 (p=.001)	807	576 (p=.001)

Die folgende Tabelle zeigt jedoch, daß sich die verschiedenen Supervisionsbedingungen durchaus im Ablauf bemerkbar machen. Durch Gewichtung mit einem Faktor mußten die verschieden großen Teilgruppen rechnerisch vergleichbar gemacht werden; nach dieser Transformation zeigt sich, daß unter der Bedingung "Viel Supervision" wesentlich mehr selbständige Toilettengänge und solche durch Aufsetzen zustande kommen, aber nur geringfügig weniger Unfälle (insgesamt damit natürlich auch mehr Eliminationen).

	Viel Supervision (Gruppen 2, 5, 6; N = 19)		Wenig Supervision (Gruppen 1, 3, 4, 7; N = 28)	
	Rohwert	x f(1.4737)	Rohwert	pDiff.
Selbst.	(586)	863.6	663	p = .001
Aufs.	(513)	756	638	p = .05
Unfälle	(138)	203.4	244	ns
Elimin.	(1237)	1823	1545	p = .001

Es scheint nahezuliegen, daß die länger supervidierten Mediatoren sich instruktionsfrommer verhielten, indem sie möglichst viele Lerndurchgänge herbeizuführen versuchten. Interessant ist dabei, daß sich dadurch am skalierten Trainingserfolg am Ende nichts änderte - die von den enger überwachten Mediatoren trainierten Patienten schnitten "unter dem Strich" auch nicht besser ab als die weniger ausführlich supervidierten, was den Trainingserfolg gemessen am Toilettenverhalten betrifft.

Betrachtet man nicht die Gesamtfrequenzen, sondern wieder den Frequenzabfall von der ersten zur zweiten Trainingshälfte unter den beiden Supervisionsbedingungen, so zeigt sich, daß der eben dargestellte Unterschied vor allem in der ersten Hälfte sich auswirkt. Die Frequenzunterschiede werden zwischen den beiden Supervisionsbedingungen in der zweiten Trainingshälfte deutlich kleiner. Das Trainerverhalten bezüglich der Toilettengänge gleicht sich also im Verlauf des Trainings an.

	1.Trainingshälfte		2.Trainingshälfte	
	Viel Superv.	Wenig Superv.	Viel Superv.	Wenig Superv.
	Rohwert x f	Rohwert (p)	Rohwert x f	Rohwert (p)
Selbst.	414.1	338 (p=.05)	361.1	292 (ns)
Aufs.	433.3	346 (p=.05)	244.6	196 (ns)
Unfälle	106.2	123 (ns)	69.3	88 (ns)
Elimin.	953.5	807 (p=.02)	675	576 (p=.05)

Die nächsten beiden Tabellen trennen die Trainer in "Laien" und solche, die sich in einer spezifischen Ausbildung befinden (also in "Non-HEP" und "HEP"). Es war bereits skizziert worden, daß die Non-HEP Erfahrung im konventionellen Pflegedienst besaßen und länger an der Einrichtung beschäftigt waren als die HEP, und daß die HEP demgegenüber wohl etwas mehr theoretisches Wissen sowie eine andere Motivationslage mit einbrachten, weil der Supervisor gleichzeitig für sie Hauptfachdozent war. Die beiden letzten Tabellen zeigen, daß während beider Trainingshälften die HEP sehr signifikant mehr selbständige Toilettengänge herbeiführen als die Non-HEP und nur dadurch auf mehr Eliminationen kommen als die Non-HEP, denn die Zahlen für "Aufsetzen" und "Unfälle" unterscheiden sich fast überhaupt nicht (ebensowenig wie der outcome nach der Schätzskala des erreichten Toilettenverhaltens). Die vermutlich größere Motivation der HEP, eine "gute Bilanz" vorweisen zu können, mag diese Differenz zum großen Teil erklären.[1]

	Non-HEP Gruppen 1-3, N = 20		HEP Gruppen 4-7, N = 27	
	Rohwert	x f(1.35)	Rohwert	p Diff
Selbst.	(322)	434.7	927	p = .001
Aufs.	(521)	703.4	630	ns
Unfälle	(173)	233.6	209	ns
Elimin.	(1016)	1371.7	1766	p = .001

[1] Das über den Alpha-Fehler bei serialer Anwendung von Signifikanztests gesagte gilt selbstverständlich auch hier.

	1.Trainingshälfte Non-HEP			2.Trainingshälfte Non-HEP		
	HEP			HEP		
	x f(1.35)	Rohwert	p	x f(1.35)	Rohwert	p
Selbst.	210.6	463	p=.001	202.5	387	p=.001
Aufs.	378	360	ns	217.4	201	ns
Unfälle	118.8	107	ns	78.3	77	ns
Elimin.	707.4	930	p=.001	498.2	665	p=.001

3.2.2.3. Erreichte Toiletten-Fertigkeiten, erreichte Erweiterung des Verhaltens-Repertoires und "Ausgangsniveau"

In diesem Abschnitt soll der Überlegung nachgegangen werden, ob die Skala PAC wohl ein brauchbares Vorhersage-Instrument für den Trainingserfolg sein könnte. Es schien naheliegend, daß gerade die relativ "guten" Patienten am schnellsten adaequates Toilettenverhalten lernen würden und die deutlichsten Erweiterungen ihres Repertoires (bzw. den deutlichsten Zuwachs an PAC-Punkten) zeigen würden, weil die Kommunikation mit ihnen am leichtesten sein würde, daß diese Patienten also am meisten vom Training profitieren würden nach dem Prinzip "Wer hat, dem wird gegeben" gewissermaßen. Diese Überlegung führte zu den folgenden drei Erwartungen:

- Je höher das "Ausgangsniveau", d.h. je breiter das habituelle Verhaltensrepertoire, das ein Trainee vor dem Training bereits zeigte, umso eher würde dieser Trainee bis zum Ende des Trainings die Toilette vollständig selbständig benutzen, d.h. ein "voller Erfolg" werden. Umgekehrt würde ein Trainee mit niedrigem "Ausgangsniveau" mit größerer Wahrscheinlichkeit nur einen bescheidenen Trainingserfolg aufweisen als einer mit "gutem Ausgangsniveau".
- Dieser Zusammenhang sollte sich vor allem im Bereich "Kommunikation" zeigen, deutlicher als für die Skala PAC insgesamt, weil der Trainingserfolg wahrscheinlich

im wesentlicher über kommunikative Fertigkeiten zustande kommen sollte.

- Das Ausmaß der Erweiterung des Verhaltensrepertoires nach Maßgabe der PAC-Skala sollte mit dem Erfolg des Toilettentrainings nach der Skalierung mit Hilfe der vierstufigen Schätzskala in positivem Zusammenhang stehen (also ohne Rücksicht auf das Ausgangsniveau), d.h. ein Trainee, der im Training sein Repertoire weitgehend verbreitert, wird auch bei der Toilettenbenutzung gute Fortschritte machen und umgekehrt. Am deutlichsten sollte dieser Zusammenhang natürlich für den PAC-Bereich "Selbsthilfe" sein, weil die adaequate Toilettenbenutzung darin durch mehrere Items "eingebaut" ist, was zu einer partiellen Scheinkorrelation führen dürfte. Die Korrelationen mit den übrigen Bereichen dürften schwächer, aber noch signifikant sein.

Die in der folgenden Tabelle angegebenen Koeffizienten sind wegen der geringen Datenqualität nach der Methode von Spearman mit einer tie-Korrektur errechnet worden. Alle Koeffizienten sind mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als p = .001 zufällig zustande gekommen (N = 46).

PAC-Items vor Training	Selbsthilfe	Kommunikation	Soziale Anpassung	Motorik	Gesamt
Skalenwert des Toil.-Verhaltens	.670	.384	.350	.580	.602

PAC-Items vor Training	Selbsthilfe	Kommunikation	Soziale Anpassung	Motorik	Gesamt
Gesamtzahl neuer PAC-Items im Training	.477	.616	.521	.389	.632

Was besagen nun diese Koeffizienten für die drei aufgeführten Vermutungen?

- Entsprechend der ersten Erwartung kann die PAC-Punktzahl bzw. die Anzahl erfüllter Items vor dem Training (das "Ausgangsniveau") recht gut den Trainingserfolg im Toilettenverhalten vorhersagen: je "besser" ein Patient von vornherein ist, umso eher wird er zuverlässig und völlig selbständig durch das Training dazu kommen, die Toilette zu benutzen.
- Entgegen der zweiten Erwartung sagt der Sektor "Kommunikation" den Trainingserfolg bezüglich der Toilettenbenutzung keineswegs am besten voraus. Die Voraussage durch die Selbsthilfe-Items wäre die genaueste, was hier nicht trivial ist, da die Tatsache, daß Toilettenbenutzung in den Sektor eingeht, nicht von Belang ist (bei der "Vorher"-Untersuchung waren ja alle Trainees unsauber). Auch die Gesamtskala und die Motorik-Items würden bessere Vorhersagen zulassen als die Sektoren "Kommunikation" und "Sozialanpassung". Diese Erfahrung war überraschend und kann bisher nicht recht erklärt werden.
- Der Zuwachs an nach dem Training erfüllten PAC-Items korreliert ebenfalls hoch mit dem Erfolg des Toilettentrainings: Wenn ein Trainee durch das Training sein Verhaltensrepertoire relativ stark erweitert, wird er wahrscheinlich auch selbständig die Toilette benutzen. Dies gilt jedoch nicht so stark für die Bereiche "Selbsthilfe" (wo es erwartet worden war, schon wegen der erwähnten Scheinkorrelation) und "Motorik", sondern viel deutlicher für die Bereiche der Kommunikation und der Sozialanpassung.

Das Muster des Zusammenhangs zwischen PAC-Sektoren und dem Erfolg des Toilettentrainings kehrt sich also um, wenn man statt der Punktzahl vor dem Training den Zuwachs an erfüllten Items im Training betrachtet (wobei prinzipiell alle Koeffizienten signifikant positiv bleiben): Wenn ein Trainee lernt, völlig selbständig zur Toilette zu gehen,

wird er im Training zudem eher soziale und kommunikative Fähigkeiten gewinnen als motorische oder solche der Selbstregelung (wobei dieser letzte Koeffizient noch niedriger sein muß als angegeben, weil das neuerworbene Toilettenverhalten mit den Zuwachs an Selbsthilfe-Items ausmacht). Umgekehrt wird am ehesten der Trainee selbständig sauber und trocken, der schon relativ viele Fertigkeiten der Selbsthilfe mitbringt und der motorisch schon vergleichsweise viele Möglichkeiten hat.

Wahrscheinlich handelt es sich hier um ein Wiederaufdecken kommunikativer Verhaltensweisen im Training, nicht wirklich um Neulernen: Toilettenunfälle wurden im Training als Mittel zur Kontaktaufnahme unbrauchbar, so daß die Unfälle verschwanden und adaequatere Verhaltensweisen zur Kontaktaufnahme wieder aktiviert wurden.

Zusammenfassung des Abschnitts 3.2.2.: Alle Versuchsgruppen erreichten ungefähr das gleiche Maß an selbständiger adaequater Toilettenbenutzung durch die Trainees. Es zeigte sich, daß Mischformen und Vorformen selbständiger Benutzung die Regel waren, vielleicht weil das Training zu kurz war; sicher ist die Denkweise unangebracht, ein Patient sei entweder sauber oder nicht. Vielmehr sollte gefragt werden, mit welchem Maß an Außensteuerung und prompting ein Behinderter sauber und trocken zu halten ist. Verhalten sich die Betreuer einigermaßen adaequat, so ist auch bei langzeitig hospitalisierten Schwerstbehinderten in wenigen Tagen zu erreichen, daß kaum noch "Unfälle" vorkommen. Etwa 30 % der Trainees brauchten am Ende des Trainings keinerlei Hilfen mehr und waren völlig selbständig; über 60 % waren sauber und trocken, also wesentlich "unfallfrei", soweit sie ein Minimum an prompts erhielten (wobei dieses Minimum von physischen Hilfen bis zur beiläufigen verbalen Erinnerung reichen konnte). Weniger als 10 % (4 von 46) der Trainees zeigten keine nennenswerte Änderung des Toilettenverhaltens. Das Einkoten und Einnässen, so wird argumentiert werden, ist nicht direkte

Folge der Behinderung, sondern eher Ergebnis der Unterbringungspraxis.

Bei Beleuchtung des zeitlichen Verlaufs des Toilettentrainings auf graphischem und statistischem Wege zeigte sich - wiederum im Gegensatz zu den einschlägigen Ergebnissen der Literatur und zu den Erwartungen - , daß die Zahl der Toilettenunfälle nicht stark abnahm, weil sie von vornherein erstaunlich niedrig lag; durch häufiges "Schicken" ließen sich Unfälle zumeist verhindern. Ebenso nahm die Zahl der selbständigen Toilettengänge nicht so deutlich auf Kosten der "Unfälle" zu, wie das erwartet worden war, denn sie lag von vornherein recht hoch, weil die Trainees ganz schnell verstanden oder bereits wußten, worin das erwünschte Toilettenverhalten bestand. Statt dessen nahm jedoch die Zahl der Toilettenbenutzungen "durch Aufsetzen" sowie die Gesamtzahl der Eliminationen von der ersten zur zweiten Trainingshälfte deutlich ab. Der Trainingserfolg bestand also (über die durch bloßes Anbieten günstigerer Lebens- und sozialer Bedingungen bewirkten Änderungen des Toilettenverhaltens hinaus) vor vor allem darin, daß die Trainees lernten, größere Sphinkterspannungen auszuhalten, ohne gleich zu eliminieren, und darin, daß die Patienten bei den selteneren Eliminationen zugleich zunehmend selbständiger wurden, d.h. daß "Aufsetzen" immer seltener nötig wurde und daß selbständige Toilettengänge relativ, aber nicht absolut häufiger wurden.

Bezogen auf die Art und Frequenz der Eliminationen zeigte sich, daß die Bedingung "Viel Supervision" keine besseren Endergebnisse und kein wesentlich anderes Muster der Veränderung im Verlauf des Trainings hervorrufen konnte als die Bedingung "Wenig Supervision". Die durch die umfassendere Supervision wohl hervorgerufene größere "Instruktionsfrömmigkeit" zeigte sich jedoch in der größeren Zahl der herbeigeführten Lerndurchgänge, vor allem in der ersten Trainingshälfte. Diese vermehrte Anstrengung der

länger supervidierten Mediatoren schien jedoch unnötig gewesen zu sein, da sie allenfalls das an sich gleiche Endergebnis geringfügig früher herbeiführen konnte. In dieser Beziehung schien eine vermehrte Supervision also nicht nötig zu sein.

Die Heilerziehungspfleger, für die der Supervisor eine Person mit maßgeblichem Einfluß auf ihre Ausbildung darstellte, neigten dazu, die "Bilanz zu schönen", indem sie sehr deutlich häufigere selbständige Toilettengänge herbeiführten, ohne dadurch jedoch im Grunde den outcome zu beeinflussen, d.h. sie erreichten auch nicht weniger Unfälle oder weniger Toilettengänge durch Aufsetzen als die Mediatoren, die keine HEP waren und wohl weniger motiviert waren, ein "gutes Ergebnis" vorzuweisen.

Die PAC-Punktzahlen, also die geschätzte Breite des habituellen Verhaltensrepertoires, vor dem Training hatten eine recht gute Vorhersagekraft für den Erfolg des gezielten Toilettentrainings, vor allem die Sektoren "Selbsthilfe" und "Motorik", d.h. ein schon von vornherein relativ selbständiger und motorisch gewandter Trainee wird am ehesten zur vollständigen Selbständigkeit auf der Toilette zu bringen sein. Erfolg im Toilettentraining geht dagegen vor allem einher mit einer parallelen Ausweitung des Repertoires an sozialen und kommunikativen Fähigkeiten im Training.

Der nächste Abschnitt befaßt sich mit der Frage, wie weit Trainingserfolge, d.h. antrainierte oder aufgedeckte Erweiterungen des Verhaltensrepertoires erhalten bleiben, wenn die Trainees wieder auf ihre Stationen zurückverlegt werden.

3.2.3. Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen

Es wurde erwartet, daß die im Training erreichten Erweiterungen des Verhaltensrepertoires der Trainees nicht voll erhalten bleiben würden, wenn sie wieder auf ihre alten Stationen zurückkämen, weil eben entgegen der naiven Vorstellung erlernte Verhaltensweisen nicht ein für allemal stabil "einrasten", sondern angewandt werden oder auch nicht, je nachdem, ob sie unter bestimmten Bedingungen relevant sind oder nicht. Daher schien es wahrscheinlich, daß die Skala PAC als Monitoring-Instrument eine erneute Verengung der Verhaltensrepertoires widerspiegeln würde, wenn die Versuchsanordnung als Quasi-ABA-Design angesehen wird. Sieht man das Verhaltensrepertoire der Patienten eher als Produkt ihrer Lebensumstände denn als direkte Folge ihrer Behinderung (also nicht als "eingebaut", sondern weitgehend als "gemacht"), so liegt es nahe, eine mehr oder weniger vollständige Löschung der im Training erreichten Veränderungen zu erwarten, da ja die ursprünglichen Bedingungen vor dem Training wieder hergestellt wurden.

Diese Nachuntersuchung wurde wiederum mit der Skala PAC vorgenommen. Die Untersucher waren die gleichen trainierten Personen wie bei den beiden vorangegangenen Erhebungen. Sicher wären völlig fremde Untersucher vorzuziehen gewesen, die weder den Trainingsplan noch die Trainees gekannt hätten, aber solche standen nicht zur Verfügung. Die einzige Alternative wären die Ex-Mediatoren als Untersucher gewesen, und diese Möglichkeit schien noch ungünstiger, da sie ja gewissermaßen ihre eigenen Wirksamkeit als Trainer hätten beurteilen müssen. Die Untersucher waren instruiert, nicht nur im Training hinzugekommene Items (die als solche gekennzeichnet waren) erneut zu überprüfen, sondern auch vor Trainingsbeginn bereits vorhandene und ebenso im Training nicht erworbene Items zu überprüfen, damit unerwartete Rückgänge unter das Ausgangsniveau und nachträg-

liche Zuwachse über das Niveau am Ende des Trainings hinaus nicht unter den Tisch fielen.

Die Nachuntersuchung fand zwei Monate nach der Rückverlegung des jeweiligen Patienten statt. Es wurden bei Bedarf wieder mehrere Pflegepersonen unabhängig voneinander befragt, d.h. wenn eine Verhaltensweise nicht direkt, sondern nur durch Berichte zu überprüfen war. Bei diskrepanten Aussagen wurden die Berichterstatter damit konfrontiert und so lange diskutiert, bis sich ein einheitliches Bild ergab, dem alle zustimmten und das die Bewertung des Items zuließ. Vom veränderten Verhalten jedes Trainees im Training waren die befragten Pflegekräfte durch die Erfahrungsberichte zusammenfassend informiert worden.

Die folgenden Tabellen zeigen, wie weit die Trainingserfolge zwei Monate nach der Rückverlegung bei der Nachbeobachtung noch nachweisbar waren. Die Prozentzahlen sind auf die Basis 100 = "Ausgangspunktzahl vor dem Training" bezogen. D.h., sie geben an, um wieviel Prozent die Punktzahl nach dem Training und bei der Nachbeobachtung zwei Monate später über dem ursprünglichen "Niveau" lag.

Insgesamt zeigte sich, daß etwas mehr als die Hälfte der im Training hinzugekommenen Items auch nach zwei Monaten auf den alten Stationen noch auslösbar waren, bzw. die entsprechenden Verhaltensweisen habituell angewandt wurden. Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich bei diesem Punktrückgang um eine zufällige Schwankung handelt, ist offenbar sehr gering ($p = .01$).

Dieser Rückgang bzw. diese neuerliche Verschmälerung des Verhaltensrepertoires betrifft jedoch nicht alle Teilbereiche der PAC im gleichen Maß. Hochsignifikant bei fünf der sieben Gruppen und damit am deutlichsten ist der Abfall im Bereich "Selbsthilfe". Prozentual gesehen ist der Rückgang im Sektor "Sozialanpassung" ähnlich hoch. Die gewonnenen Kommunikationsfertigkeiten dagegen scheinen eher

stabil zu bleiben; in keiner Einzelgruppe wird der Rückgang statistisch so groß, daß er zu sichern wäre, nur insgesamt; auch prozentual ist der Abfall recht klein. Im Bereich der Sozialanpassung ist der Rückgang zwar prozentual hoch, aber nur in einer Versuchsgruppe statistisch zu sichern (Es sei wieder daran erinnert, daß bei vierzig Signifikanztests zwei Scheinsignifikanzen durch den Alpha-Fehler zu erwarten sind). Dafür dürfte in einigen Fällen die große Prüfstatistik (Test von Wilcoxon), die nicht auf das Ausmaß des Rückgangs reagiert, und die geringe Zahl der Fälle in den einzelnen Gruppen dazu führen, daß als groß empfundene Differenzen statistisch als ungesichert gelten müssen. Der Irrtum ist also konservativer Art. Schließlich ist der Rückgang im Bereich "Motorik" geringfügig und auch im Gesamt der Fälle nicht signifikant. Die Bereiche der PAC sind offenbar nicht alle als Monitoring-Instrument gleich gut geeignet, da sie verschieden sensibel reagieren: "Selbsthilfe" und "Sozialanpassung" scheinen eher aus Monitoring-Items zu bestehen und empfindlich auf Verhaltensänderungen zu reagieren, während "Motorik" und "Kommunikation" möglicherweise mehr Items mit Testcharakter umfassen, die recht stabile Fertigkeiten abfragen, die von äußeren Lebensumständen weniger abhängig sind.

	SELBSTHILFE		KOMMUNIKATION		SOZIALANPASSG.		MOTORIK		SUMME PPAC	
	nach Traing.	Nachbe- obachtg.	nach Traing.	Nachbe- obachtg.	nach Traing.	Nachbe- obachtg.	nach Traing.	Nachbe- obachtg.	nach Traing.	Nachbe- obachtg.
GRUPPE I	253	231	138	132	90	85	156	156	637	604
N = 7	ns		ns		ns		ns		p = .025	
	+27.8%	+16.7%	+17.0%	+11.9%	+21.6%	+14.9%	+ 8.3%	+ 8.3%	+19.3%	+13.1%
GRUPPE II	245	217	159	151	74	67	143	139	621	574
N = 6	ns		ns		ns		ns		p = .025	
	+37.6%	+21.9%	+ 4.6%	- 0.7%	+25.4%	+13.6%	+10.0%	+ 6.9%	+19.7%	+10.6%
GRUPPE III	276	234	146	136	81	74	148	144	651	588
N = 7	p = .01		ns		ns		ns		p = .01	
	+50.8%	+27.8%	+23.7%	+15.3%	+42.1%	+30.0%	+14.7%	+11.6%	+33.7%	+20.7%
GRUPPE IV	245	223	121	108	90	76	150	148	606	555
N = 7	p = .025		ns		ns		ns		p = .025	
	+33.2%	+21.2%	+23.5%	+10.2%	+36.4%	+15.2%	+21.0%	+19.4%	+28.4%	+17.6%
GRUPPE V	278	230	136	129	76	63	154	157	644	579
N = 7	p = .01		ns		ns		ns		p = .025	
	+50.3%	+24.3%	+23.6%	+17.3%	+33.3%	+10.5%	+23.2%	+25.6%	+35.0%	+21.4%
GRUPPE VI	262	226	68	67	93	85	152	136	575	515
N = 6	p = .025		ns		ns		ns		p = .025	
	+61.7%	+40.1%	+21.4%	+19.6%	+66.1%	+51.8%	+43.4%	+28.3%	+51.3%	+35.4%
GRUPPE VII	255	229	115	114	72	59	167	162	609	564
N = 7	p = .025		ns		p = .01		ns		p = .01	
	+19.7%	+ 7.5%	+10.6%	+ 9.6%	+38.5%	+13.5%	+21.9%	+18.3%	+20.4%	+11.5%
SUMME	1814	1591	883	837	576	509	1070	1042	4343	3979
N = 47	p = .001		p = .005		p = .002		ns		p = .001	
	+39.2%	+22.1%	+16.8%	+10.7%	+36.8%	+20.9%	+19.6%	+16.4%	+28.7%	+17.9%

3.2.3.1. Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen, bezogen auf Mediatorengruppen

Die folgende Tabelle ist entsprechend zusammengestellt wie die im Abschnitt 3.2.1.1., die den Zuwachs im Training nach Gruppen aufschlüsselte. Es lag nahe zu vermuten, daß die Gruppen mit dem relativ stärksten Zuwachs an auslösbaren PAC-Items auch den stärksten Abfall zeigen würden, daß also die Mediatorengruppen, die stärkere Erweiterungen des Verhaltensrepertoires ihrer Trainees zuwege gebracht hatten, auch deutlichere Verengungen des Repertoires nach dem Training zeigen würden. Die Tabelle zeigt, daß dies nicht der Fall war. Bei zweiseitiger Prüfung (die angemessen schien) ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Ausmaß des Rückgangs zwischen den Mediatorengruppen. Das Ausmaß dieses Abfalls nach dem Training scheint eher von Eigenschaften der "Heimatstationen" bedingt zu werden als durch Trainingsvariablen, wie der übernächste Abschnitt zeigen wird.

RÜCKGANG PAC	ZDL WENIG SV	ZDL VIEL SV	ABITURIENTEN WENIG SV	HEP II WENIG SV	HEP II VIEL SV	HEP III VIEL SV	HEP III WENIG SV
	GRUPPE I	GRUPPE II	GRUPPE III	GRUPPE IV	GRUPPE V	GRUPPE VI	GRUPPE VII
SELBST-	22	28	42	22	48	35	26
HILFE	16.7 %	21.9 %	27.9 %	21.2 %	24.3 %	40.1 %	7.5 %
KOMMUNI-	6	8	10	13	7	1	1
KATION	11.9 %	-0.7 %	15.3 %	10.2 %	17.3 %	19.6 %	9.6 %
SOZ.	5	7	7	14	13	8	13
ANP.	14.9 %	13.6 %	29.8 %	15.2 %	10.5 %	51.8 %	13.5 %
MOTO-	0	4	4	4	+3	16	5
RIK	8.3 %	6.9 %	11.6 %	19.4 %	25.6 %	28.3 %	11.0 %
SUMME	33	47	63	51	65	60	45
	13.1 %	10.6 %	20.7 %	17.6 %	21.4 %	35.5 %	11.5 %
	N = 7	N = 6	N = 7	N = 7	N = 7	N = 6	N = 7

RÜCKGANG PAC	GRUPPEN M. WENIG SV	GRUPPEN M. VIEL SV	GRUPPEN I+II ZDL	GRUPPEN III-VII	GRUPPEN I-III NON-HEP	GRUPPEN IV-VII HEP	GRUPPEN V+VI HEP, V. SV	GRUPPEN I-IV, VII W. SV
SELBST-HILFE	112 14.4%	111 21.4%	50 19.2%	173 24.5%	92 22.0%	131 22.2%	83 24.1%	140 15.7%
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
KOMMUNI-KATION	30 6.9%	16 5.0%	14 4.8%	32 14.0%	24 8.0%	22 13.6%	8 15.3%	38 8.0%
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
SOZ. ANP.	39 15.7%	28 16.3%	12 14.3%	55 24.0%	19 19.0%	48 22.5%	21 23.6%	46 14.7%
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
MOTO-RIK	11 2.1%	17 4.7%	4 7.7%	24 20.3%	8 8.9%	20 22.6%	13 21.2%	15 11.3%
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
SUMME	192 9.6%	172 12.5%	80 11.9%	284 20.6%	143 14.7%	221 20.6%	125 21.7%	239 12.7%
	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
	N = 28	N = 19	N = 13	N = 34	N = 20	N = 27	N = 13	N = 34

(Die Prozentzahlen geben an, um wieviel die PAC-Punktzahl zwei Monate nach der Rückverlegung noch über dem Ausgangsniveau bei der Erstuntersuchung liegt.)

3.2.3.2. Ergebnisse bei der Nachuntersuchung der Trainees nach deren Rückverlegung auf die Stationen, bezogen auf das Toilettenverhalten

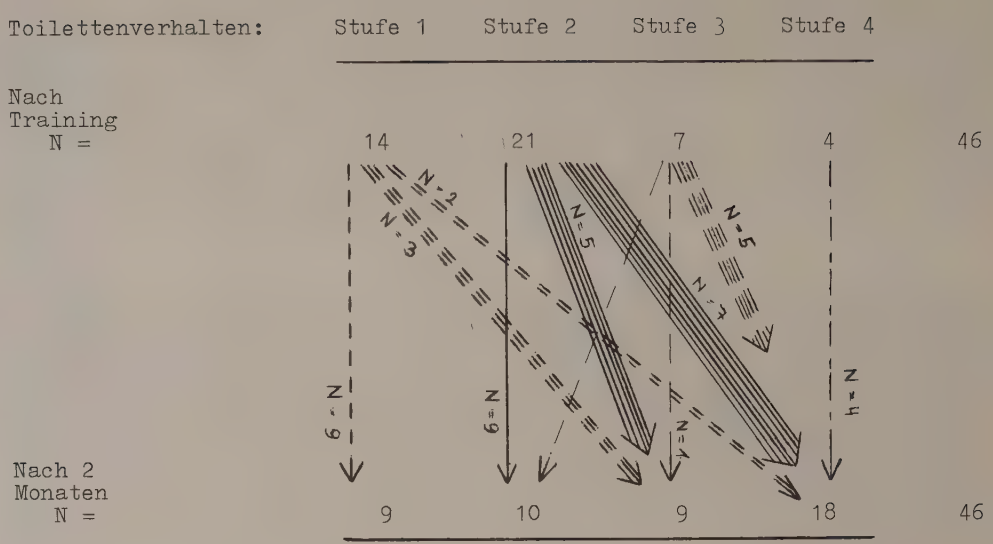
Alle Trainees (unter Ausschluß des einen, der offenbar eine "Fehlmeldung" gewesen war) wurden erneut eingestuft, um ihr habituelles Toilettenverhalten zu erfassen, nachdem seit dem Training zwei Monate vergangen waren. Dazu wurde wieder die beschriebene vierstufige Skala verwendet. Durch die Erfahrungsberichte waren die Pflegekräfte informiert worden, unter welchen Bedingungen und mit welchem Arbeitsaufwand ein Patient sauber und trocken zu halten sei, welche Hilfestellungen er brauchen würde, welche praktischen Empfehlungen die Mediatoren sonst noch für nützlich hielten etc. Ein "maintenance training" im eigentlichen Sinne fand also nicht statt, aber es sollte zumindest potentiell ziemlich einfach sein, den Trainingserfolg voll zu erhalten, vorausgesetzt, die Empfehlungen würden auch zur Kenntnis genommen und befolgt. Dies schien jedoch zu erwarten, da die Pfleglinge mit neu aufgebauten Annäherungen an erwünschtes Verhalten und detaillierter "Gebrauchsanweisung" zurückkamen, deren Beachtung Arbeitsersparnis (und gerade bei einer besonders unangenehmen Arbeit, die viel beklagt wird) bedeuten würde.

Die folgende Graphik zeigt, daß nach zwei Monaten diese Erwartung bestenfalls zum Teil erfüllt war. Es fand sich ein einziger "Plus-Wechsler", d.h. ein Trainee, der nach dem Training noch selbständiger wurde. Dem stehen 22 "Minus-Wechsler" gegenüber, also Patienten, die im Toilettenverhalten wieder unselbständiger geworden waren, oft bis zum völligen Rückfall in die habits des Einkotens und Einnässens. Graphisch sind die "Wechsler" jeweils durch einen Pfleil dargestellt, je nach erreichter Stufe der Skala im Training durch verschiedene Linienarten.

Die Graphik läßt erkennen, daß die "vollen Erfolge", also die Trainees, die im Training Skalenstufe 1 erreichten, am ehesten nach zwei Monaten ihr erreichtes Toilettenverhalten

noch zeigen. Je eher Hilfestellungen von seiten des Personals nötig sind, um die Patienten sauber und trocken zu halten, umso eher scheint der Trainingserfolg verloren zu gehen - vermutlich, weil eben diese Hilfestellungen ausbleiben. Dafür spricht die Beobachtung, daß die Trainingsberichte ("Gebrauchsanweisungen") in der Regel sich nach 2 Monaten irgendwo säuberlich abgeheftet wiederfanden, aber von den Abteilungsleitern nicht zirkuliert worden waren. Einem Großteil der Pflegepersonen war sogar die Existenz der Berichte unbekannt, wenn sie nicht an dem Tag Dienst hatten, an dem die Patienten vom Training zurückkamen. Sicherlich waren die Berichte nicht diskutiert worden, wie die Mediatoren und der Supervisor das empfohlen hatten. Selbst die Betreuer, die von der Existenz der Berichte wußten und auch, wo diese aufbewahrt wurden, hatten in der Regel keine Erinnerungen mehr daran, was darin gestanden hatte. Anscheinend wurden die Trainees sofort wieder in die Versorgungsroutine eingepaßt, wenn sie zurückkamen, die wohl die empfohlene individuelle Beachtung und Behandlung eines Patienten einfach nicht zuläßt.

Solche Beobachtungen lassen den Nutzen theoretischer Schulung des Pflegepersonals wieder einmal sehr fraglich erscheinen. Die "Gebrauchsanweisungen" waren dabei noch relativ konkrete und praktische Informationen, von denen erwartet worden war, sie hätten persönliche Relevanz für die Betreuer und deshalb mehr Wirkung als allgemeine Erläuterungen zu Lernprinzipien. Die Erfahrungen sind ernüchternd: wo der Trainingserfolg im Toilettenverhalten erhalten blieb, war das wohl eher auf Bemühungen der Trainees als der Pfleger zurückzuführen.


Toilettenverhalten:
Stufe 1
Stufe 2
Stufe 3
Stufe 4
Nach Training N =
14
21
7
4
46
N = 2
N = 3
N = 5
N = 7
N = 9
N = 9
N = 4
N = 4
Nach 2 Monaten N =
9
10
9
18
46

Zusammenfassung: Zwei Monate nach Rückverlegung auf die Stationen hatten alle Trainee-Gruppen einen signifikanten Teil ihrer Zugewinne an verfügbaren Verhaltensweisen wieder eingebüßt. Dies galt jedoch nicht für alle Sektoren der Skala PAC bzw. nicht für alle dadurch repräsentierten Teile der Verhaltensrepertoires im gleichen Maße: Der Selbsthilfe-Sektor verringerte sich am deutlichsten; der Bereich der sozialen Anpassung tat dies in etwas geringerem Maße. Deutlich geringer, wenn auch noch immer signifikant, war der Rückgang an kommunikativen Fertigkeiten, gering und nicht mehr signifikant der im motorischen Bereich.

Es scheint einleuchtend, daß die Sektoren der PAC-Skala auf diese Weise eine Reihenfolge der Empfindlichkeit bilden, mit der sie als Indikatoren reaktiven Verhaltens auf veränderte Umwelt-Anforderungen ansprechen. So werden z.B. Selbsthilfe-Items am schnellsten wieder der Pflegeroutine, die die Selbständigkeit der Patienten unterbindet, zum Opfer fallen.

Der Rückgang war nicht deutlich verschieden stark zwischen den Mediatorengruppen; nur tendenziell schien sich anzudeuten, daß die Heilerziehungspfleger und die Mediatoren, die viel Supervision erhalten hatten, auch die Trainee-Gruppen mit dem relativ stärksten Rückgang betreut hatten, und zwar wieder in den Bereichen "Selbsthilfe" und "Sozialanpassung". Das bedeutet wohl einfach, daß nur die Patienten viel an Verhalten zu verlieren hatten, die vorher ihr Verhaltensrepertoire durch das Training stark ausbauen konnten.

Ähnlich war das Bild nach zwei Monaten bezogen auf das Toilettenverhalten: 22 Trainees, also etwa die Hälfte, zeigte nicht mehr das unmittelbar nach dem Training gezeigte Niveau an adaequatem Sauberkeitsverhalten. 20 weitere Trainees behielten dagegen ihr im Training erlerntes Toilettenverhalten bei (Die 4 Trainees, die das Training ohne nennenswerten Erfolg absolviert hatten, konnten na-

türlich auch nicht "rückfällig" werden).

Besonders leicht "rückfällig" schienen erwartungsgemäß diejenigen Patienten zu werden, die durch das Training nur zu einer befriedigenden Annäherung an das selbständige adaequate Toilettenverhalten gekommen waren, also auf Hilfen von seiten der Betreuer angewiesen blieben, um sauber und trocken zu bleiben. Eben diese notwendigen Steuerungssignale durch die Betreuer blieben trotz möglichst konkreter Instruktion durch die Erfahrungsberichte offenbar aus, wohl weil die Versorgungsroutine der Großstation dies kaum zuläßt. Umgekehrt scheint das erlernte Toilettenverhalten mit größerer Wahrscheinlichkeit stabil zu bleiben, wenn Patienten die völlig selbständige Toilettenbenutzung erlernt hatten, also auf äußere prompts nicht mehr angewiesen waren.

Ein "maintenance training" fand mit Absicht nicht statt, um zu erproben, was die Betreuer mit konkreter praktischer und wahrscheinlich auch persönlich relevanter Information und einem Hilfsangebot vom Supervisor anfangen würden; man könnte es als potentielles "maintenance training" sehen, dessen Verwirklichung nicht angeordnet wurde, sondern den Betreuern überlassen blieb oder doch mindestens nur auf deren Initiative hin zustande kommen würde. Daß dies nicht geschah, wirft ein zweifelhaftes Licht auf den Nutzen theoretischer Unterweisung des Personals in Behinderteneinrichtungen: es ist kaum zu erwarten, daß durch Informationen über Verhaltensmodifikation oder sonstige relevante Gebiete der Wissenschaften wirklich aktuelles Pflegerverhalten ändert. Im Schlußteil dieser Arbeit wird diskutiert werden, warum dies auch kaum eintreten kann, selbst wenn es nicht für Psychologen schon fast selbstverständlich wäre, daß Belehrungen und Informationsübermittlungen theoretischer Art schwerlich Verhalten ändern können.

3.2.4. Ergebnisse bezogen auf die erfaßte Ausgangsbreite des Verhaltensrepertoires

Es lag nahe, die Frage zu stellen, inwieweit die in der PAC erreichte Punktzahl bei der Voruntersuchung eine Aussage darüber zuläßt, ob ein Training der beschriebenen Art bei einem Individuum mehr oder weniger erfolgreich sein wird, d.h. wie stark sein Verhaltensrepertoire in kurzer Zeit erweitert werden kann, wie flexibel er auf veränderte Umweltbedingungen sich einzustellen in der Lage ist. Konkreter: Wird ein Trainee mit hohem "Ausgangsniveau" in der PAC während des Trainings höhere Punktgewinne erreichen als ein Trainee mit niedrigem "Ausgangsniveau"?

Um diese Frage zu beantworten, wurden die Anzahlen der erfüllten PAC-Items bei der Voruntersuchung für jeden Skalensektor und die PAC-Skala insgesamt korreliert mit der Anzahl der nach dem Training zusätzlich auslösbaren Items. Es wurden trotz der mangelnden Eignung der Daten für ein parametrisches Verfahren Produkt-Moment-Koeffizienten errechnet, um den Rechengang maschinell durchführen zu können. Dies schien vertretbar, weil ein Irrtum konservativer Art wäre und weil die Fallzahl mit N = 47 relativ groß ist. Rangkorrelationskoeffizienten sind im folgenden in drei Tabellen zusammengestellt. Zunächst wurde die absolute Punktzahl nach Maßgabe der PAC vor dem Training jeweils dem Zuwachs an auslösbaren PAC-Items in absoluten Zahlen nach dem Training gegenübergestellt (N = 47, df = 45; es sei wieder auf den Alpha-Fehler bei serialer Anwendung von Signifikanztests hingewiesen).

Zuwachs im Training	Gesamt	Selbsthilfe	Kommunikation	Soz. Anp.	Motorik
Punktzahl v. Train.					
Gesamt	.20	.25	.27	.18	-.13
Selbsth.	.27	.08	.37(p=.01)	.35(p=.01	.17
Kommunik.	.01	.14	.08	-.06	-.24
Soz.Anp.	.24	.24	.24	.22	.01
Motorik	.27	.39(p=.01)	.32(p=.01)	.24	-.22

Die Erwartung ging dahin, daß diejenigen Patienten am meisten vom Training profitieren würden bzw. sich am flexibelsten auf veränderte Bedingungen würden einstellen können, die mit dem relativ breitesten Verhaltensrepertoire ins Training gegangen waren. Die schwache und nicht signifikante Korrelation von .20 zwischen den PAC-Gesamtwerten ("Vorher" und "Zuwachs") zeigt, daß dies nur andeutungsweise der Fall ist. Etwas deutlicher wird, daß die "guten" Patienten vor allem im Selbsthilfe- und Kommunikationsbereich durch das Training profitierten; die Signifikanzschranke von 5 % wird aber noch knapp verfehlt. Für den Bereich der Sozialanpassung ist der erwartete Zusammenhang wieder lockerer; für den Motorik-Sektor geht er sogar in die entgegengesetzte Richtung. Das bedeutet, daß ein relativ breites habituelles Verhaltensrepertoire vor dem Training am ehesten dazu führt, daß unter Trainingsbedingungen kommunikative Fähigkeiten und solche der Selbsthilfe bei alltäglichen Verrichtungen erworben oder wieder angewendet werden, wenn Behinderte dazu ermuntert werden. Andererseits wird ein "guter" Trainee im motorischen Bereich eher einen geringeren Zuwachs zeigen als einer mit niedriger Ausgangspunktzahl, so daß der Kommunikationsbereich eher eine Prognose erlaubt als der gesamte Skalenwert. Dies erscheint auch plausibel, da die "kommunikationsstarken" Patienten am schnellsten verstehen dürften,

was man von ihnen will, am besten auf soziale Verstärkung ansprechen und am wenigsten auf Manipulation der Trainer-Zuwendung durch unangemessenes Verhalten angewiesen sein dürften. Gleichzeitig könnten sie ihre motorischen Fertigkeiten so weit entwickelt haben, daß ein Deckeneffekt eintritt.

Betrachtet man die Vorhersagekraft des Bereichs "Selbsthilfe" getrennt, so zeigen sich zwei hochsignifikante Korrelationen: ein ausgangs recht selbständiger Trainee wird wahrscheinlich auch substantielle Erweiterungen seiner Fertigkeiten in den Bereichen "Kommunikation" und "Sozialanpassung" im Training zeigen. Die von vornherein "selbständigen" Trainees dürften auch die relativ kommunikationsbereiten, zugewandten sein, die ein Angebot zur sozialen Kommunikation angemessen aufgreifen, während die unselbständigen auch die passiven bis apathischen sein könnten, die nur schwer "aufzutauen" sind und eher mit Fehlverhalten oder Rückzug auf Kontaktangebote reagieren.

Der Kommunikationsbereich erlaubt keine Prognose über Verhaltensänderungen im Training; dies widerspricht der Erwartung. Die Negativkorrelation mit dem Motorik-Zuwachs ist sogar recht hoch: wer mit einem relativ guten Kommunikationsrepertoire ins Training geht, wird sich weniger zusätzliche motorische Fertigkeiten aneignen als andere Trainees.

Die Ausgangspunktzahl im Bereich der Sozialanpassung gestattet nur mäßig brauchbare Schätzungen des Trainingsergebnisses: die Koeffizienten liegen alle knapp unterhalb der Signifikanzschranke von 5 %; für den motorischen Bereich ist kein Zusammenhang gegeben.

Die Ausgangspunktzahl im motorischen Bereich der Skala ist eher prognostisch brauchbar, was recht überraschend ist. Die Korrelationen mit dem jeweiligen Zuwachs an Selbsthilfe- und Kommunikationsfertigkeiten im Training sind hochsignifikant. Es zeigt sich, daß die motorisch

"guten" Patienten in kurzer Zeit recht selbständig werden können und zu einem relativ adaequaten Kommunizieren potentiell in der Lage sind.

Insgesamt sind für eine Abschätzung des voraussichtlichen Trainingserfolgs also die Ausgangspunktzahlen in den Bereichen "Selbsthilfe" und "Motorik" eher brauchbar als das Gesamtergebnis, aber in verschiedener Weise: hoher Selbsthilfe-Ausgangswert deutet auf schnelle Verbesserung der Sozialanpassung, hoher Motorik-Ausgangswert auf die Möglichkeit, die Selbsthilfe-Fertigkeiten schnell zu erweitern; beide lassen gleichzeitig noch bisher ungenutzte oder leicht auslösbare kommunikative Fertigkeiten erwarten.

Die folgende Aufstellung ist analog der vorangehenden zustandegekommen, nur daß statt des absoluten Zuwachses an PAC-Items im Training der relative, ausgedrückt in Prozent vom Ausgangswert, verarbeitet wurde. Das Ergebnis ist nicht sonderlich überraschend: die Koeffizienten sind in der Mehrzahl negativ, soweit sie nennenswert hoch sind. Sie spiegeln wohl einen Deckeneffekt wieder: wer in einem Bereich schon relativ viele Verhaltensalternativen mit ins Training bringt, wird davon nicht so stark profitieren können (bzw. es kann nicht so viel an Verhalten wieder aufgedeckt werden, weil von vornherein nicht so viel zugedeckt war) wie Trainees, die von Anfang an mit einem engeren Verhaltensrepertoire "antraten". Dies gilt wieder vor allem für den motorischen Bereich; der Zusammenhang ist erwartungsgemäß am deutlichsten für die Wertpaare innerhalb eines Sektors, dargestellt durch die Diagonale der Tabelle: wer z. B. schon einen hohen motorischen Punktwert mit ins Training bringt, wird nach dem Training relativ wenige motorische PAC-Items zusätzlich erfüllen.

Relativer Zuwachs im Train., in % v. Ausgangswert	Gesamt	Selbsthilfe	Kommun.	Soz. Anp.	Motorik
Punktzahl vor dem Training					
Gesamt	-.26	-.09	.02	-.13	-.31
Selbsth.	-.15	-.31p=.05	.16	.06	-.13
Kommun.	-.31p=.05	-.08	-.16	-.21	-.21
Soz. Anp.	-.19	-.07	.07	-.29p=.05	-.21
Motorik	-.17	.08	.12	-.02	-.47p=.001

Die Information, die in dieser Aufstellung enthalten ist, schien nicht so wichtig; die Errechnung weiterer 25 Koeffizienten für den relativen Abfall an PAC-Punkten nach der Rückverlegung der Trainees auf ihre Stationen wurde deshalb nicht vorgenommen und nur die folgende dritte Tabelle erstellt, die den Abfall an erfüllten PAC-Items in absoluten Zahlen dem "Ausgangsniveau", ebenfalls in absoluten Zahlen ausgedrückt, für jeden Trainee gegenüberstellt. Diese dritte Tabelle von Korrelationskoeffizienten ist also der ersten in diesem Abschnitt analog.

Abfall an PAC-Items n. Rückverlegung	Gesamt	Selbsthilfe	Kommun.	Soz. Anp.	Motorik
Itemzahl v. Training					
Gesamt	.25	.45p=.001	-.06	.33p=.05	-.33p=.05
Selbsth.	.18	.21	-.04	.38p=.01	-.18
Kommun.	.20	.40	-.07	.17	-.23
Soz.Anp.	.17	.35p=.01	-.19	.35p=.01	-.25
Motorik	.29p=.05	.51p=.001	.04	.32p=.05	-.44p=.001

Die Tabelle zeigt, daß sich der Bereich "Motorik" anders verhält als die Sektoren "Selbsthilfe" und "Sozialanpassung", so daß die gesamte Punktzahl bzw. Itemzahl der Skala PAC zur Betrachtung nicht so günstig ist, weil Beziehungen damit verwischt würden.

Die eingangs motorisch "guten" Trainees gewinnen motorisch wenig durch das Training, wie zu sehen war; sie verlieren aber auch wenig durch die Rückverlegung. Motorische Fertigkeiten scheinen also recht stabil zu sein und zumindest kurzfristig durch veränderte Lebensbedingungen nicht sehr beeinflußbar.

Anders jedoch sieht es mit den Selbsthilfe-Fertigkeiten aus: sie nehmen am stärksten zu, wenn sie trainiert und gefordert werden, fallen jedoch am schnellsten auch wieder ab, wenn die Ausgangsbedingung wieder hergestellt wird. In diesem Zusammenhang heißt das: je höher das Selbsthilfe-Ausgangsniveau war, umso stärker wird sich insgesamt das Verhaltensrepertoire eines Trainees wieder verengen, wenn er nach dem Training wieder zwei Monate unter den alten Bedingungen gelebt hat und nachuntersucht wird.

Das gleiche gilt für die Ausgangswerte im Bereich "Sozialanpassung"; je höher das Ausgangsniveau, umso drastischer der Rückgang nach der Rückverlegung. Die Koeffizienten sind zwar etwas niedriger als bei den Selbsthilfe-Items, aber dennoch signifikant. Im Sektor "Kommunikation" bleiben die Gewinne am ehesten erhalten; Zuwachs und Abfall lassen in diesem Bereich keine systematische Beziehung erkennen.

Etwas einfacher stellt diese Zusammenhänge wohl noch die folgende kleine Aufstellung dar: wenn der Punkte-Zuwachs im Training und der Abfall nach der Rückverlegung, jeweils in absoluten Zahlen, direkt korreliert werden, so zeigt sich, in welchem Maß die PAC-Sektoren bzw. die in ihnen erfaßten Verhaltensbereiche verschieden sensibel auf veränderte und zurückveränderte Lebensbedingungen reagieren:

PAC-Itemzuwachs im Training vs. PAC-Itemabfall nach Rückverlegung

Bereich	r =	p =
Gesamt	.56	.001
Selbsthilfe	.68	.001
Kommunikation	.20	ns
Sozialanpassung	.37	.01
Motorik	.26	ns

Zusammenfassung: Die Skala PAC registriert insgesamt recht sensibel Verhaltensrepertoire-Erweiterungen und -Verengungen, die durch Änderung und Rückänderung der Umwelt-Anforderungen bei Schwerstbehinderten herbeigeführt werden. Unter den beschriebenen Bedingungen auf der konventionellen Station einerseits und der Trainingsstation andererseits heißt das konkret, daß die Items des Selbsthilfe-Bereichs am empfindlichsten reagieren, d.h. am ehesten zunehmend nach dem Training als erfüllt signiert werden konnten und auch am ehesten nach Ablauf von zwei Monaten nach dem Training auf den üblichen Stationen als nicht mehr erfüllt betrachtet werden mußten.

Etwas weniger deutlich, aber immer noch sehr signifikant, gilt die gleiche Beziehung für den Bereich der Sozialanpassung. Diese Beziehung gilt dadurch zwar auch für den Gesamtwert der Skala PAC" dies ist jedoch nicht der Fall für die Sektoren "Kommunikation" und "Motorik" allein. Diese beiden Einzelbereiche sind gewissermaßen träge Indikatoren und wenig reagibel. Neu erlerntes oder aufgedecktes Verhalten in diesen Bereichen bleibt auch nach zwei Monaten eher auslösbar (wobei diese Zeitspanne völlig willkürlich gesetzt wurde; vielleicht tritt der Rückgang in diesen Verhaltensbereichen nur später ein), ist aber im Training auch schwerer zu erreichen. Es ist denkbar, daß solche Verhaltensweisen langsamer gelernt und auch langsamer gelöscht werden

als Verhaltensausschnitte, wie sie die beiden anderen PAC-Sektoren widerspiegeln.

Die letzte Datengruppe der Ergebnisse geht der Frage nach, ob der Anstieg an auslösbaren PAC-Items nach dem Training und der Abfall an solchen Items zwei Monate nach der Rückverlegung wohl verschieden stark ausfällt, je nachdem, von welcher Station die Patienten kamen.

3.2.5. Ausmaß der durch Training und Rückverlegung verursachten Veränderungen in der Einschätzung durch die PAC-Skala, bezogen auf die Stationen

Es schien denkbar, daß Trainees über- oder unterdurchschnittlich große Erweiterungen des Verhaltensrepertoires im Training bzw. Verengungen des Repertoires nach der Rückverlegung zeigen würden, je nachdem, von welcher "Heimstation" sie kamen.

Die folgende Aufstellung zeigt, daß solche "bachground"-Einflüsse offenbar mit eingegangen sind.

- Zwei Stationen unterscheiden sich von den übrigen im Ausmaß, in dem die von dort kommenden Trainees im Training ihre Verhaltensrepertoires erweiterten. Der Zuwachs war im Durchschnitt überdurchschnittlich groß bei Patienten, die von Station 55/57 gekommen waren; es handelt sich dabei um den sog. "Wachsaal", also die geschlossene Abteilung für verhaltensschwierige Behinderte, die sich in der Beobachtung gleichzeitig durch ein besonders geringes Kontaktangebot ausgezeichnet hatte. Dieser relativ stärkere Zuwachs könnte auf das ausgeprägtere Kontaktbedürfnis dieser Patienten zurückgehen, auf deren höheres "Ausgangsniveau", auch darauf, daß bei dem geringen Kontaktangebot auf dieser Station besonders viele Verhaltensweisen zwar verfügbar, aber nicht notwendig sind; wahrscheinlich liegt die Erklärung in all diesen Gründen zusammen.

Der durchschnittliche Zuwachs ist bei den Trainees von Station 29/31 andererseits recht gering. Es schien, als seien diese Patienten relativ "gut" von Anfang an, d.h. recht weit gefördert. Der noch zu nutzende Spielraum an nicht aktivierten Verhaltensweisen wäre dann ziemlich klein, da die sonstigen Kennwerte dieser Pfleglinge durchaus im Mittelfeld lagen. Es wäre also bei diesen Trainees weniger "drin" gewesen; dafür spricht, daß diese Station als einzige kleine Zimmer statt der sonst üblichen Säle hat. Die Station fiel dem Verfasser durch bemüht positive Selbstdarstellung und sorgfältige Führung auf; gut denkbar scheint daher auch, daß die PAC-Einstufung vor dem Training zu hoch ausgefallen war.

- Der Abfall an auslösbaren PAC-Verhaltensitems, die im Training verfügbar geworden waren, so zeigt die Tabelle weiter, ist im wesentlichen dort groß, wo der Anstieg groß war, und umgekehrt. Dies gilt nur ganz grob; der der Abfall an Kommunikationsitems z.B. bei den Trainees von Station 33/35 paßt nicht in dieses Muster. Er scheint jedoch post hoc erklärlich, denn diese Station ist die räumlich und personell am schlechtesten ausgestattete (d.h. die meisten Patienten auf gerngster m^2-Zahl mit den wenigsten Betreuern und dem kleinsten Anteil an Kontakten der Art II).

Diese detaillierteren Überlegungen mögen zwar plausibel sein, sie sind natürlich nur Vermutungen. Ausgesagt werden kann lediglich, daß die "Stationszugehörigkeit" die Trainingsergebnisse mit beeinflußte. In die Reagibilität Behinderter auf verschiedene Umweltbedingungen scheint der "social background", ihre anstalts-interne Gruppenzugehörigkeit also und damit ihre Lerngeschichte, als Einfluß mit einzugehen (im wesentlichen also nicht anders als bei Nicht-Patienten außerhalb der Anstaltsmauern auch).

Systematische Zusammenhänge zwischen den Trainings- und Rückverlegungseffekten und verschiedenen Kennwerten aus den Hauptteil 1 der Arbeit (K %, K I %, K II %, Betten-

zahl, Anteil der Trainees u.ä.) ließen sich nicht ausmachen, was bei der kleinen Fallzahl von N = 6 Stationen auch kaum zu erwarten wäre.

Anmerkung: Die Tabelle führt als Prüfstatistik jeweils den Wert z auf, der nach dem Verfahren von Mann und Whitney errechnet wurde, da ein nonparametrisches Verfahren für je zwei unabhängige Stichproben verschiedener Größe bei Daten auf Ordinalskalen-Niveau nötig war. Die angegebenen Wahrscheinlichkeiten gelten für einseitige Prüfung. Ein positives z bedeutet hohen Anstieg bzw. Abfall und umgekehrt. Auf den Alpha-Fehler bei serialen Signifikanztests sei wieder hingewiesen.

Station	N	PAC	Selbsth.	Kommun.	Soz.Anp.	Motorik
55/57	7	z=3.15 p=.001	z=3.36 p=.0005	z=2.49 p=.0064	ns	ns
41/43	13	ns	z=-1.72 p=.0043	ns	ns	ns
45/47	3	ns	ns	ns	ns	z=1.74 p=.0042
33/35	15	ns	ns	ns	ns	ns
29/31	4	z=-2.61 p=.0045	z=-2.22 p=.013	z=-1.72 p=.043	z=-2.79 p=.0036	z=-1.66 p=.0485
17	4	ns	ns	ns	ns	ns

Station	N	PAC	Selbsth.	Kommun.	Soz.Anp.	Motorik
55/57	7	ns	z=1.97 p=.024	ns	ns	ns
41/43	13	ns	ns	z=-1.77 p=.038	ns	ns
45/47	3	ns	ns	ns	ns	ns
33/35	15	ns	ns	z=2.10 p=.018	ns	ns
29/31	4	z=-2.59 p=.0048	z=-2.81 p=.0025	ns	z=-1.87 p=.031	ns
17	4	z=-1.79 p=.037	ns	ns	ns	ns

3.2.6. Ein weiterer Hinweis für die Vermutung, daß das Training häufig eher zum Reaktivieren als zum Neulernen von Verhaltensweisen geführt hat

Im Anschluß an Training und Nachbeobachtung der Trainees wurden zum ersten Mal auch Krankenakten in dieser Untersuchung eingesehen. Alle bisher berichteten Daten und Ergebnisse wurden ja direkt erhoben; die Krankenakten enthalten andererseits oft einen zumindest ganz groben Verlaufsbericht über viele Jahre und Jahrzehnte hinweg. In der Regel werden vom jeweiligen Stationsleiter alle 6 Monate sog. Halbjahres- oder Abteilungsberichte abgefaßt. Jahrzehntelange Tradition ist meist, daß etwa ein Abschnitt für jeden Patienten ins Krankenblatt geschrieben wird, und zwar inhaltlich das, was dem Berichterstatter wichtig erscheint. Deshalb werden vor allem Unselbständigkeit und unerwünschtes Verhalten vermerkt, eben weil dergleichen für Betreuer sehr relevant ist. Diese Berichte, die eher kursorische Notizen sind, werden in aller Regel weder auf Aussagekraft, praktische Brauchbarkeit oder Richtigkeit hin auf irgendeine Weise kontrolliert. Der Berichtende bekommt meist keinerlei feedback und keine Anleitung für solche fortlaufenden Ergänzungen zur Krankenakte. Vor allem nach jahrelanger Hospitalisierung bei erwachsenen Behinderten findet sich häufig dann nur der Vermerk "Gegenüber dem Vorbericht keine Änderung", was dann wohl auch der Tatsache entspricht, daß ein Behinderter eben irgendeine Form stabiler Anpassung an die stabilen Gegebenheiten der Anstalt gefunden habe, so daß er nicht mehr durch störendes Verhalten auffällt (also keine sog. "Verhaltensstörungen" zeigt, sich auch nicht über die Maßen selbständig benimmt, in keiner Form gegen die Form der Unterbringung protestiert, etwa durch Weglaufen oder Aggressivität usw.). Die Berichte, die sich zur Entwicklung und zum Verhalten der Patienten in den Akten finden, sind in der Regel inhaltsarm, oft irrelevant, in der Form weitgehend beliebig und

daher kaum vergleichbar; etwas Anderes ist auch schwerlich zu erwarten, da ja an die Berichterstatter keine klare Fragestellung herangetragen wird, weder ein Berichtsschema an die Hand gegeben noch gesagt wird, welche Informationen denn für die Akte wichtig seien, und da keine Rückmeldung an die Berichtenden erfolgt.

Kurz, jeder schreibt also, was ihm gerade einfällt, oder er schreibt auch nichts. Nur Vorgänge medizinischer Versorgung werden minutiös dokumentiert, pädagogisch-psychologische Informationen dagegen werden ungeprüft beliebig eingestreut oder auch nicht, so daß von "dokumentieren" keine Rede sein kann. Die beschriebene Skala PAC ist übrigens aus dem Wunsch heraus entwickelt worden, den Betreuern ein brauchbares Schema für die normierte Erhebung praktisch-pädagogisch relevanter Informationen an die Hand zu geben, und konsequenterweise wird die Ausfüllung im Halbjahres-Turnus vom Autor empfohlen (Gunzburg, 1973). Diesen Wunsch dürfte die Skala erfüllen können. Da sie vom Autor der vorliegenden Arbeit ins Deutsche übersetzt wurde (einschließlich der genauen Bewertungskriterien für jedes Item) und die Benutzung durch Laien nur ein ausreichendes Training voraussetzt, steht ihrer Verwendung grundsätzlich nichts im Wege.

Trotz dieser Bedenken über die Brauchbarkeit der Abteilungsberichte wurden die Krankenakten aller Trainees auf Hinweise darauf durchgesehen, daß diese Patienten früher einmal einen mehr oder weniger befriedigenden Grad von adaequatem Toilettenverhalten erreicht hatten. Die gefundenen Angaben konnten nicht auf Glaubwürdigkeit hin überprüft werden, da sie bis zu Jahrzehnten zurücklagen und häufig aus der späteren Kindheit der Trainees stammten. Die Aussagen mußten also so hingenommen werden, wie sie sich in den Akten fanden.

Bei 32 der 46 Trainees (wieder abzüglich der "Fehlmeldung") fanden sich Hinweise darauf in der Krankenakte, daß der betreffende Patient früher schon einmal sauber

und trocken gewesen oder durch bestimmte Schritte der Betreuer sauber und trocken zu halten gewesen war. Die diesbezüglichen kursorischen und formlosen Notizen wurden in zwei Gruppen eingeteilt:

a- "Früher selbständig": von diesen Trainees wurde in den Halbjahresberichten an mindestens einer Stelle ausdrücklich gesagt, sie seien selbständig und zuverlässig sauber und trocken, oder sie sagten ihre Bedürfnisse von sich aus rechtzeitig und zuverlässig an (d.h. sie erfüllten die Definition der im vorliegenden Training so genannten "Stufe I").

b- "Früher durch Aufsetzen sauber und trocken zu halten": Von diesen Trainees wurde in den Halbjahresberichten an mindestens einer Stelle ausdrücklich gesagt, sie könnten bei entsprechender Fürsorge der Betreuer Toilettenunfälle vermeiden, indem sie regelmäßig zur Toilette geschickt, aufgesetzt oder befragt würden. Damit würden sie in etwa die Definition der im beschriebenen Training so genannten "Stufen II und III" erfüllen; die Stufen nach den Angaben aus den Krankenakten noch zu trennen, war wegen der summarischen und vagen Formulierungen nicht möglich. Unter diese zweite Gruppe wurden auch alle jene Angaben gezählt, bei denen nähere Angaben über das Toilettenverhalten fehlten, wo z.B. nur stand, "ist sauber und trocken", ohne die hier gemachte Unterscheidung zwischen selbständiger und unselbständiger Toilettenbenutzung.

Es zeigt sich in der folgenden kleinen Aufstellung, daß die Trainingserfolge im Toilettenverhalten gemäß der schon öfter geäußerten Vermutung eher ein Reaktivieren bereits verfügbarer Verhaltensweisen darstellen als ein echtes Neulernen: die "erfolgreichen" Trainees der Stufen I und II vor allem sind nach den Angaben der Krankenakten zum größten Teil früher erfolgreich toiletten-trainiert worden. Bei den 14 Akten ohne Hinweis auf das Toilettenverhalten könnte es sich um echtes Neulernen handeln, da erfolgreiche Toilet-

tenbenutzung doch meist in der Akte vermerkt wird, so daß diese Trainees wahrscheinlich nie sauber und trocken gewesen waren.

Im Training erreichte Stufe	N	Angaben über Sauberkeit bei	Davon lt. KA selbständig	Davon lt. KA durch Aufsetzen
I	14	12	4	8
II	21	15	3	12
III	7	4	1	3
IV	4	1	1	-
Insgesamt	46	32	9	23

KA = Krankenakte

3.3. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Der zweite Hauptteil dieser Arbeit versuchte, wenigstens vorläufig einige pragmatische Vorstellungen zu erarbeiten, wie eine Einrichtung für schwer geistig Behinderte günstiger aufgebaut und organisiert werden könnte, als das bisher in der BRD gemeinhin der Fall ist. Es wurde darauf geachtet, den personellen und räumlichen, d.h. finanziellen Aufwand in realistischen Grenzen zu halten, um sich nicht dem stereotyp vorgebrachten Argument auszusetzen, es handele sich um "utopische Forderungen", mit denen Änderungsvorschläge leicht in Bausch und Bogen verworfen werden können. Eine Reihe recht allgemein formulierter praktischer Fragen sollte durch einen empirischen Versuch wenigstens im Ansatz beantwortet werden:

- Was für Wirkungen im beobachtbaren Verhalten lassen sich auch bei langfristig hospitalisierten schwer geistig Behinderten in recht kurzer Zeit noch erreichen, wenn sie ein etwa normales Maß an sozialem Kontakt angeboten bekommen und unter Rahmenbedingungen leben, die vom Dachverband der Evangelischen Behinderteneinrichtungen zwar nicht als ideal, aber doch als vertretbar angesehen wer-

den (s. Verband Evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte, 1974)?
- Gehören größere Selbständigkeit und vor allem selbständige Toilettenbenutzung zu den Verhaltensänderungen, die kurzfristig erreichbar sind?
- Lassen sich solche speziellen Anwendungen von Techniken der Verhaltensmodifikation bei Behinderten auch an Laien-Mediatoren erfolgreich delegieren?
- Welche Gruppengröße ist für ein solches Unterfangen günstig, welche räumliche Ausstattung ist nötig, welches Patienten-Betreuer-Verhältnis muß einkalkuliert werden, um nach dem Mediatoren-Konzept zu brauchbaren Ergebnissen zu kommen?
- Was könnte der Stellenwert der psychologischen Disziplin in einer solchen Einrichtung sein, und was für eine Rolle könnte und sollte der Psychologe dort zukünftig übernehmen?

Um diese Fragen ungefähr beantworten zu können, wurde folgender Versuchsplan entwickelt.

47 schwer geistig behinderte Männer, die alle tags und nachts einkoteten und einnäßten, wurden als Versuchspersonen ausgewählt. Sie wurden in sieben Gruppen eingeteilt, die nacheinander mit je vier Mediatoren je zwölf Tage auf einer eigens bereitgestellten "Trainingsstation" zubrachten. Jeder Mediator wurde nur in einer Gruppe "verwendet", so daß insgesamt 7 x 4 = 28 Mediatoren tätig wurden. Diese Mediatoren waren ausnahmslos junge Mitarbeiter der Einrichtung, Männer wie Frauen, die verschiedene Grade von spezifischer und unspezifischer Vorbildung mitbrachten und entweder nur wenig Supervision und praktische Anleitung vom Untersucher erhielten oder auch viel, d.h. eine bzw. drei Stunden in jeder Schicht an jedem Tag.

Die Versuchspersonen wurden vor der Aufnahme ins Trainingsprogramm, am letzten Tag des Trainings und zwei Monate nach ihrer Rückkehr auf ihre "Heimat"stationen mit einer Skala zur standardisierten Verhaltensbeschreibung untersucht, die speziell für hospitalisierte Schwerbehinderte in England

entwickelt wurde und die habituelle Breite des Verhaltensrepertoires abschätzen will. Diese Skala schien trotz ungenügender statistischer Durcharbeitung als Monitoring-Instrument geeigneter als ein echter Test, denn ein Test dürfte gerade nicht auf kurzfristige Verhaltensschwankungen ansprechen. Abgesehen von dieser Überlegung wären wegen der sehr schmalen Verhaltensrepertoires nur Baby-Tests in Frage gekommen, die messtheoretisch auch nicht mehr als Daten von Ordinalskalen-Qualität liefern können. Anhand der Daten der "Vorher"-Einschätzung der zukünftigen Trainees wurden die Versuchsgruppen nach der Ausgangsbreite des Verhaltensrepertoires gematcht.

Nachdem eine spezielle Trainingsstation eingerichtet worden war, wurden in zwei Vorgruppen, die sich aus behinderten Kindern zusammensetzten, zunächst organisatorische Erfahrungen gesammelt. Diese pilot-Gruppen wurden nicht weiter ausgewertet; sie sollten vor allem verhindern, daß die erste "echte" Versuchsgruppe von der Tatsache beeinflußt würde, daß sie eben die erste sei. Die Erfahrungen mit pilot-Gruppen führten auch dazu, daß die ursprünglich vorgesehene Trainingsdauer verlängert, die Gruppengröße vermindert und auch sonst allerlei technische und organisatorische Änderungen vorgenommen wurden.

Ebenfalls vor dem Training wurden alle Patienten auf den sechs Stationen, die unsaubere Pfleglinge beherbergten und beobachtet worden waren (wie im Hauptteil 1 beschrieben), mit Hilfe der Monitoring-Skala untersucht (also nicht nur die unsauberen Patienten, die Versuchspersonen wurden), und soweit wie möglich wurden diese Personen auch einem Intelligenztest für Behinderte unterzogen. Es zeigte sich, daß die sechs Stationen zwar Pfleglinge mit ganz verschieden breiten durchschnittlichen Verhaltensrepertoires beherbergen, daß diese Unterschiede aber fast völlig auf die Non-Trainees zurückgehen. Die Trainees bildeten auf allen Stationen das untere Ende einer Verteilung nach Breite des habituellen Verhaltensrepertoires. Das gleiche galt übrigens auch für Patienten mit deutlicher Neigung zur Selbstbe-

schädigung, so daß vermutet wurde, Selbstbeschädigung wie Unsauberkeit könnten Weisen der Zuwendungskontrolle darstellen (vgl. die angegebenen Arbeiten von Lovaas und Mitarbeitern). Die größere Enge des Verhaltensrepertoires ist für beide Gruppen in allen Bereichen der Skala hoch signifikant, nicht nur bezüglich der Selbstregelung.

Bei etwa einem Drittel der Patienten auf den sechs Stationen konnte neben der Monitoring-Skala auch ein Intelligenztest durchgeführt werden, allerdings fast ausschließlich bei den Non-Trainees. Hohe Korrelationskoeffizienten fanden sich zwischen dem Testergebnis und allen Bereichen der Skala, so daß die Skala bei ausreichender Vorsicht wohl doch so etwas wie eine Schätzung des Entwicklungsstands bzw. der Intelligenz zuläßt, wenn auch nur eine Grobschätzung. Andererseits wurde deutlich, daß die Versuchspersonen unter der Grenze der Testbarkeit lagen, auch wenn ein Spezialtest für behinderte Kinder vorgelegt wurde. Das durchschnittliche Entwicklungsalter der Versuchspersonen wurde auf ca. zwei Jahre geschätzt. Nach den Normen der PAC-Skala, die an geistig behinderten Kindern in englischen Einrichtungen ermittelt worden waren, erfüllten die Versuchspersonen des Trainings nur in den Unterabschnitten "Essen" und "Motorik" die Erwartungserte für siebenjährige geistig behinderte Kinder; in allen übrigen Bereichen lagen sie noch unter diesen Normwerten. Die (erwachsenen) Trainees dürfen also mit Recht als "sehr schwer behindert" betrachtet werden.

3.3.1. Hauptergebnisse des Trainings

- In allen Versuchsgruppen gelangen innerhalb der Trainingstage erhebliche Erweiterungen des Verhaltensrepertoires. Das galt nicht nur für den gezielt trainierten Bereich der Selbsthilfe (wenn auch da am deutlichsten), sondern für alle Bereiche, die die Monitoring-Skala erfaßt.
- Die Teilnahme der Mediatoren an einer spezifischen Ausbildung und/oder die Bedingung "Viel Supervision" im

Training führte zu relativ etwas größeren Erweiterungen des Verhaltensrepertoires bei den Trainees, wobei sich die beiden erleichternden Bedingungen in ihrer Wirkung zu kombinieren schienen.

- Ein Behinderter benutzt nicht entweder die Toilette oder nicht, sondern es gibt Zwischenstufen, Übergangsformen bzw. ein Kontinuum der Selbständigkeit; man kann auch von Annäherungsformen an die erwünschte Endform des Toilettenverhaltens sprechen. Volle Selbständigkeit und Zuverlässigkeit bei der Toilettenbenutzung erreichten rund 30 % der Behinderten im Training. Weitere ca. 46 % waren durch bloß verbale Hinweise und Erinnerungen von seiten der Betreuer trocken und sauber zu halten. Rund 15 % der Trainees benötigten außer bloß verbalen cues auch zusätzliche physische Hilfestellungen beim Toilettenbesuch, waren aber sauber und trocken zu halten, wenn diese nötigen Hilfen nicht ausblieben. Nur bei etwa 9 % der Trainees zeigten sich keine nennenswerten Änderungen, d.h. sie waren trotz der Bemühungen der Mediatoren nicht sauber und trocken zu halten. Mischformen von Toilettenverhalten waren über Tage hinweg die Regel; es ist sicherlich nicht so, daß Grade der Selbständigkeit im Toilettenverhalten stabil erhalten bleiben und gewissermaßen "einrasten", wenn sie erst einmal erreicht sind, so daß die Annäherung an das erwünschte Endverhalten etwa durch eine treppenförmige aufsteigende Kurve darstellbar wäre.

- Bei Betrachtung des zeitlichen Ablaufs des Toilettentrainings zeigte sich, daß die Erfolge häufig sehr schnell, oft innerhalb von Stunden, erzielt wurden. Die Zahl der Toiletten"unfälle" gingen dagegen nicht nennenswert zurück, weil sie auf eine Art "harten Kern" von Trainingsversagern zurückgingen.

  Aus ähnlichen Gründen stieg die Zahl der selbständigen Toilettengänge nicht mehr stark an, denn sie war schon am zweiten Trainingstag relativ hoch. Dagegen ging die Anzahl der Toilettengänge durch "Aufsetzen" bzw. Schicken

im Laufe des Trainings deutlich zurück; noch stärker nahm die Zahl der Toilettengänge insgesamt ab, gleich welcher Form. Es schien, als lernten die Trainees vor allem, größere Blasenspannungen bzw. mehr Darmdruck auszuhalten, ohne gleich den Schließmuskel zu öffnen und zudem zunehmend selbständig die Toilettenprozedur zu erledigen. Es wurde argumentiert, daß zwar die Zahl der selbständigen Toilettenbesuche sowie die Zahl der "Unfälle" in den einschlägigen Arbeiten die meist verwendeten Indices für den Erfolg eines solchen Lernprogramms seien, daß jedoch trotzdem die Eignung dieser Indices sehr zweifelhaft erschiene. Den Ablauf und die Veränderungen des Toilettenverhaltens in diesem Trainingsprogramm hätten sie sicherlich nicht adaequat wiedergegeben.

- Diejenigen Mediatoren, die an einer hauseigenen und psychologierelevanten Ausbildung teilnahmen, neigten dazu, selbständige Toilettengänge der Trainees häufiger herbeizuführen als andere Mediatoren. Der "outcome" selbst wurde dadurch jedoch nicht beeinflußt, d.h. der erreichte Grad der Selbständigkeit in der Trainingsgruppe bezüglich der Toilettenbenutzung.

- Die Monitoring-Skala konnte den Erfolg des Toilettentrainings relativ gut vorhersagen: je höher das "Ausgangsniveau" (also je breiter das verfügbare Verhaltensrepertoire) eines Patienten vor dem Training, umso eher wird er lernen oder wiederlernen, die Toilette selbständig zu benutzen. Nicht alle Sektoren der PAC hatten jedoch gleich gute Vorhersagekraft; die Bereiche "Selbsthilfe" und "Motorik" können die erfolgreichen Trainees am ehesten vorher benennen. Diese erfolgreichen Toilettenbenutzer zeigen jedoch im (nicht vor dem) Training einen starken Zuwachs an sozialen und kommunikativen Fertigkeiten. Die Erklärung für diese Ergebnisse mag darin liegen, daß sich die Trainees mit relativ breitem Verhaltensrepertoire von Anfang an oder der Möglichkeit, soziale und Kommunikationsmuster im Training zu reaktivieren, selbständige Toilet-

tenbenutzung "leisten" können, weil sie nicht über Toilettenunfälle Kontakte erzwingen müssen.

- Zwei Monate nach der Beendigung des Trainings und der Rückverlegung der Trainees haben diese in allen Gruppen einen großen Teil ihrer Repertoire-Erweiterungen wieder eingebüßt. Dies ist am deutlichsten im Bereich "Selbsthilfe" der PAC-Skala der Fall, aber auch im Sektor "Sozialanpassung", nicht so deutlich im Bereich der Kommunikation und am wenigsten bei der Motorik. Die PAC-Sektoren reagieren also in dieser Reihenfolge verschieden sensibel auf veränderte Umweltbedingungen beim Behinderten. Gleichzeitig scheint dieser Befund, wenn die PAC-Skala als Monitoring-Instrument gesehen wird, wieder darauf hinzuweisen, daß gerade Selbständigkeit und Kontaktbereitschaft Bereiche sind, die von der konventionellen Art der Unterbringung von Behinderten geradezu unterdrückt werden, obwohl sie recht leicht zu aktivieren sind.

- Zwischen dem Ausmaß des Rückgangs an PAC-Punkten nach der Rückverlegung und den Bedingungen der verschiedenen Versuchsgruppen fand sich kein bedeutsamer Zusammenhang.

- Zwei Monate nach der Rückverlegung waren mehr als die Hälfte der Trainees bezüglich des Toilettenverhaltens "rückfällig" geworden. Am ehesten blieb die erreichte Art der Toilettenbenutzung dann erhalten, wenn die Patienten völlig selbständig geworden waren. Den übrigen wurde offenbar das nötige Minimum an Außensteuerung und Hilfe seitens der Betreuer nicht zuteil, obwohl diese schriftlich und mündlich konkret und nachdrücklich auf diese Notwendigkeit hingewiesen worden waren. Dies läßt alle Versuche als sehr zweifelhaft erscheinen, durch bloßes Vermitteln von Informationen, gleich, wie relevant und konkret, Verhaltensänderungen beim Pflegepersonal erreichen zu wollen.

- Die Skala PAC sagt nur mäßig zuverlässig voraus, wie hoch die mit ihr gemessenen Punkt-Zuwächse bzw. Verhaltensrepertoire-Erweiterungen im Training sein werden. Ihre

prognostische Brauchbarkeit ist bezüglich des Toilettenverhaltens besser als bezogen auf sich selbst. Wiederum sind jedoch eher die Bereiche "Selbsthilfe" und "Motorik" vorhersagekräftig als die übrigen Sektoren oder die Gesamtskala. Es sollte daher nicht von Aussagen darüber, wie "gut" ein Behinderter sei, auf seine Lernkapazität geschlossen werden, auch dann nicht, wenn sein habituelles Verhaltensrepertoire in methodisch vertretbarer Weise ermittelt und nicht bloß eindrucksmäßig geschätzt wurde; das Verhaltensrepertoire scheint eher Ergebnis der Lerngeschichte und der Lebensbedingungen eines Behinderten zu sein als Ergebnis seiner "Intelligenz" bzw. seiner Behinderung.

- Die "Stationszugehörigkeit" eines Trainees spielt mit eine Rolle dabei, wie weitgehend nach zwei Monaten die Trainingsgewinne wieder verloren gegangen sind. Über die Gründe für diese Beobachtung konnten nur Vermutungen angestellt werden.

- Bei Durchsicht der Krankenakten der Trainees fanden sich in rund zwei Drittel der Fälle Hinweise darauf, daß diese Patienten bereits früher einmal - z.T. bereits vor Jahrzehnten - mehr oder weniger selbständig die Toilette benutzt hatten. Es waren dies fast ausschließlich diejenigen Trainees, die im Training erfolgreich sauber und trocken gehalten werden konnten oder völlig selbständig wurden.

- Die vermutete Erklärung hierfür wie auch für die erstaunlich großen Schwankungen im Umfang des Verhaltensrepertoires bei einem solchen ABA-Design bestand darin, daß die Trainingsergebnisse, allgemein wie bezüglich der Toilettenbenutzung, kein Neulernen, sondern ein Aufdecken oder Reaktivieren bereits früher erworbenen erwünschten Verhaltens darstellten.

- Die durch den verschiedenen Informations- und Ausbildungsstand der Mediatoren und die beiden Supervisionsbedingungen bewirkten Unterschiede in den Trainingsergebnissen

waren insgesamt nicht sehr beeindruckend; meist schienen allenfalls die gleichen Ergebnisse etwas früher erreicht worden zu sein. Das bedeutet für die Praxis, daß naive Mediatoren mit einem Minimum an spezifischer Information und relativ wenig, aber konkreter Anleitung "vor Ort" auch bei schwierigen Aufgabenstellungen befriedigend verhaltenstherapeutisch arbeiten können. Das Absolvieren irgendwelcher theoretischen Ausbildungsgänge, scheint dabei nicht von großer Wichtigkeit zu sein.

3.3.2. Einige Schlußfolgerungen allgemeinerer Art

Wenn die Ergebnisse des Trainings nicht wirklich neu gelerntes Verhalten darstellen, sondern eher eine Reaktivierung wieder relevant gemachten früher gelernten Verhaltens, das außerhalb des Trainings nicht verstärkt wurde, so würde dies letztlich bedeuten, daß die konventionelle Behinderten-Einrichtung, wie sie heute noch in der BRD die Regel ist, ihre eigene Notwendigkeit immer wieder reproduziert. Die extreme Hilflosigkeit und Unselbständigkeit der Schwerstbehinderten scheinen zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis ihrer Anstaltskarriere und ihrer aktuellen Unterbringung zu sein, nicht ausschließlich das einer hirnorganischen Schädigung. Dieser allgemeine Schluß ist sicher nicht neu; er findet sich etwa in den bekannten Monographien von Goffman (1961) und Vail (1966), die zu ähnlichen Schlüssen für hospitalisierte Patienten gelangen, die in anderem Sinne als dem einer Intelligenzminderung psychiatrisch erkrankt sind. Die Gruppe der Behinderten ist von der Bewegung der "Antipsychiatrie" nur am Rande erwähnt worden; das Gleiche gilt auch für die Literatur zur Gemeindepsychologie, zu der am Schluß dieser Arbeit noch einiges gesagt werden soll.

Die Flexibilität und das potentielle Repertoire an Verhaltensalternativen geistig Behinderter werden gemeinhin sehr wahrscheinlich enorm unterschätzt (Diese Unterschätzung dürfte dabei eine psychohygienische Funktion im Sinne eines

Abwehrmechanismus' bei den Verantwortlichen erfüllen: wenn Behinderte aufgrund ihres irreversiblen organischen Schadens nur dumpf vegetieren können, so ist eine anspruchsvollere Betreuung als die hergebrachte auch gar nicht nötig. Bessere Unterbringung kann dann einfach als Frage der Räume verstanden werden, wie es auch tatsächlich geschieht). Bei der hier untersuchten Behindertengruppe handelte es sich jedoch um denkbar "ungünstige" Patienten, um langjährig hospitalisierte Erwachsene mit schwerster Behinderung und auch für Anstalts-Standards sehr niedrigem "Niveau".

Begriffe wie "Niveau", "Intelligenz" oder "Ausmaß der Behinderung" scheinen jedoch in dieser Anwendung immer sinnleerer zu werden, je länger man darüber nachdenkt. Wenn die Schwere der Behinderung gleichbedeutend wird mit der Breite des Verhaltensrepertoires, dann werden "Intelligenz" bzw. "Behinderung" bloße Beschreibungsbegriffe. Wie auch bei Nichtbehinderten dürfte die Intelligenz der Hirngeschädigten viel stärker von ihrer Lerngeschichte abhängen als von somatischen Gegebenheiten (seien diese eine Hirnläsion oder eine hereditäre Variable), also von einer sehr großen Zahl vergangener oder aktueller Einflüsse. Immerhin scheint es nicht weit hergeholt, daß die wichtigste einzelne Determinante von Verhalten die aktuelle Situation sein könnte. Dann würden die umfassende soziale Deprivation und die Erziehung zur Unselbständigkeit und Rigidität des Verhaltens in der Aufbewahrungspraxis Behinderter einen erheblichen - vielleicht den größten - Teil der Behinderung erst produzieren, denn diese Blockaden neuen Lernens machten die Lerngeschichte und die aktuelle Situation des Behinderten zum größten Teil aus. Es ist gleichzeitig daher nicht haltbar, eine Behinderung als hirnorganische Schädigung zu "erklären" und als im wesentlichen untherapierbar anzusehen. Der Widerspruch zur selbstgewählten Bezeichnung "Heil- und Pflegeanstalten" liegt auf der Hand: der Anspruch wird erhoben, das Untherapierbare zu heilen, und es drängt sich die sarkastische Frage auf, ob sich das Wort "Pflege" auf den Behinderten oder die Behinderung be-

zieht.

Wenn der Begriff der Intelligenz bzw. der Mangel daran bei Behinderten sich als nicht sehr günstig erweist, dann könnte der wieder zu Ehren gekommene alte Begriff des Entwicklungsalters vielleicht weiterhelfen, etwa im Sinne von Piaget als Grad der Strukturiertheit von Kognition und Verhalten. Eine direkte Anwendung der Entwicklungstheorie von Piaget auf Behinderte liegt vor (Inhelder, 1968) und scheint plausibel und vielversprechend in ihrer "griffigen" Einfachheit. Allerdings beschränkt sich diese Anwendung auf die Diagnostik; sie stellt sich die Aufgabe, mit Hilfe von Piagets Grundbegriffen Behinderte zuverlässig in geistig Behinderte, Lernbehinderte und Pseudo-Debile zu trennen (andeutungsweise: geistig Behinderte verfügen allein über die sensomotorische Form der Intelligenz, Lernbehinderte auch über die Strukturen der prä-operationalen Intelligenz; Pseudo-Debile dagegen bei allem Mangel an Wissen aber über mindestens die konkreten Operationen).

Geistige Entwicklung kann so als Durchlaufen dieser Stadien der Genese der Intelligenz beschrieben werden. Diese Stadien würden gekennzeichnet durch qualitativ verschiedene Weisen der Codierung und Strukturierung von Erfahrungen. Es scheint ein verbreitetes Mißverständnis zu sein, daß Phasentheorien der geistigen Entwicklung implizit auch biologistische "Entfaltungs"theorien sein müßten; auch Piagets Theoriensystem würde vorhersagen, daß Erfahrungen, Erleben schlechthin, immer neue notwendige Anpassungen der Motor jeder Entwicklung sein müßten - wo keine Anpassung nötig ist, weil die Umwelt so reizarm und stabil ist, kommen keine neuen Erfahrungen mehr zustande, und es findet keine Entwicklung mehr statt. Das Überwechseln von einer Phase in die nächste kommt ja auch nach Piagets Theorie nur zustande, weil die Verhältnisse es erzwingen, d.h. weil das heranwachsende Kind immer sensibler immer mehr Information perzipiert, sein Wahrnehmungsapparat ihm immer schneller immer neue und differenziertere Signale zu verarbeiten gibt, und weil gegen die steigende Informationsflut

nur noch immer abstraktere, komplexere Codierung hilft - eben sog. geistige Entwicklung. Das bedeutet umgekehrt aber auch, daß diese Notwendigkeit entfällt, wo die nötigen Anpassungsleistungen geringfügig sind; eine monotone Situation ist ex definitione auch eine informationslose. Und "von nichts kommt nichts", auch nach dem häufig als "Biologistiker" verdächtigten Piaget; d.h. keine geistige Entwicklung findet ohne äußere Notwendigkeit statt. Der Anspruch des Zwingenden bezieht sich nur auf die Abfolge von Piagets Phasen, nicht etwa darauf, daß sie überhaupt ablaufen müßten. Konsequenterweise illustriert Piaget diesen Punkt selbst: bestimmte Naturvölker zeigten keine Kennzeichen für die Verfügbarkeit abstrakter Operationen, nicht etwa, weil sie weniger intelligent seien als etwa Europäer, sondern weil diese Strukturen für ihre Umwelt einfach überflüssig wären, die für einen Angehörigen der westlichen Zivilisation unverzichtbar seien.

Entwicklung - auch beim Hirngeschädigten - hätte demnach zur Voraussetzung, daß das Verhaltensrepertoire ständig erweitert werden muß, weil immer differenziertere Verhaltensweisen nötig werden, um eine ausreichende Anpassung zu gewährleisten. Im Normalfall wird das beim Kind allein schon dadurch nötig, daß es motorisch reift und mobil wird, daß es perzeptorisch immer mehr Informationen aufnehmen lernt, also eine sich immer schneller ändernde Umwelt erlebt. Danach erst würde quasi die Summe des erworbenen Verhaltens gezogen: die Erfahrungen müßten gesammelt, codiert und gespeichert werden, und zwar in immer ökonomischerer Weise. "Entwicklung" bekommt durch diese Überlegung einen Doppelsinn; sie bedeutet jetzt gleichzeitig Erweiterung von Verhaltensrepertoires im Sinne von wachsender Kompetenz und den Ausbau eines immer komplexeren und leistungsfähigeren Codierungssystems zum Abruf der Repräsentationen von Verhalten. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang vor allem der Hinweis, daß die beiden Sinngehalten von Entwicklung interagieren, eins ohne das andere nicht

denkbar ist; einfacher ausgedrückt: die Entwicklung ist einheitlich, nur die begriffliche Trennung von Kognition und Verhalten macht die komplizierte Überlegung überhaupt erst nötig.

Die Folgerungen für die Umwelt des Behinderten liegen jetzt nahe: Es besteht der dringende Verdacht, daß die Aufbewahrung der Behinderten in der als "konventionell" hier beschriebenen Weise ihre Weiterentwicklung verhindert (d. h. die Minimierung des gesetzten Schadens), indem sie dafür sorgt, daß das Verhaltensrepertoire enger bleibt, als es sein müßte. Was die Anstalt hervorruft, könnte dann auch als ein perpetuierter Hospitalismus im Sinne von Spitz beschrieben werden. Da ein hirnorganisch gesundes Kind irreversibel "behindert werden" kann (dieser Wortgebrauch erscheint jetzt durchaus logisch, ebenso wie etwa "entwickelt werden", nicht anstatt, aber zusammen mit "sich entwickeln" zu benutzen sinnvoll sein kann), liegt es nahe, daß etwa ein gesunder Erwachsener, der unter den in Hauptteil 1 beschriebenen Bedingungen leben müßte, sich gewiß nach kurzer Zeit nicht mehr "normal" benehmen würde, schon gar nicht mehr nach 20 oder 30 Jahren. Was immer als Kennzeichen schwerster Behinderung gewählt wird (Fehlen von anderer als rudimentärer Sprache, fehlendes Verständnis für Symbole, bloß sensomotorische Intelligenzleistungen sensu Piaget oder was immer), ist dann nach diesen Überlegungen zu einem großen Teil ebenso Anstalts-Artefakt wie die (angebliche) Unfähigkeit, selbständig etwa die Toilette zu benutzen (oder was sonst immer aufgrund der Behinderung nicht erlernbar sein soll).

Die eben geführten Überlegungen scheinen so einfach und naheliegend, daß sich die Frage aufdrängt, wieso sich die im folgenden kurz skizzierte Ideologie über das Wesen von Behinderungen gerade unter Behinderten-"professionals" halten konnte. Die Begründung könnte in zwei impliziten Denkvoraussetzungen liegen, die kurz als das "psychiatrische" oder "medizinische" Modell und als das "innerpsychische"

Modell etikettiert werden können. Als Schlagworte sind beide Ausdrücke bekannt; sie werden seit Jahren in der hitzig geführten Debatte um die geeignete Form psychiatrischer Versorgung ausgiebig benutzt. In der Tat scheint hier sich in Behindertenfragen dieses Thema in einer Sonderform zu präsentieren.

Das "medizinisch-psychiatrische Modell" soll hier verstanden werden als die Voraussetzung, abnormes ("pathologisches") Verhalten habe einen nicht physiologischen Zustand im Körper zur Ursache (ungeachtet eventueller Komplikationen oder Sekundärsymptome nicht somatischer Ursache). Dieses Postulat ist so ausgiebig diskutiert worden, daß hier der bloße Hinweis darauf genügt, daß es wohl auch in der Meinung impliziert ist, ein Behinderter sei eben wegen seines Hirnschadens einer, und damit sei die vorliegende Behinderung hinreichend erklärt (bzw. das Verhaltensdefizit, das sie ausmacht).

Auch das "innerpsychische Modell" hat als Schlagwort Bekanntheit erlangt. Wenn man will, könnte man es als das Korrelat des "medizinischen Modells" der "klassischen" Psychiatrie in der "klassischen" Psychologie verstehen: es soll hier so verstanden sein, daß Verhalten, vor allem gestörtes Verhalten, irgendwie durch "innerpsychische", "seelische" Störungen verursacht sei. Diese können selbst wieder im Rahmen des medizinischen Modells gedacht werden, oder auch als erworben und internalisiert (wie etwa bei Freud) - in beiden Fällen wird implizit die Bedeutung der aktuellen Situation als Verhaltensdeterminante heruntergespielt und die "seelische Störung" als Quasi-Erklärung bemüht.

Mit beiden impliziten Modellen räumt die moderne Psychiatrie und Psychologie recht gründlich auf; sie werden gegenwärtig gebührend relativiert und kritisch geprüft. Hier sollte das Gleiche wenigstens andeutungsweise auch für das Thema "Geistige Behinderung" durchgespielt werden. Es wird noch einmal im Abschnitt über Gemeindepsychologie am Ende dieser

Arbeit anklingen. Noch einige Illustrationen zur Auswirkung der impliziten Denkmodelle in der Behindertenversorgung: Eine dankbare Aufgabe bestünde sicher darin, die in den Einrichtungen herrschende Ideologie über das Wesen der Behinderung zu analysieren. Sie ist oft gefaßt in Formulierungen wie denen von den "ärmsten Brüdern", den "Schwächsten", "unseren großen Kindern" etc. - der Euphemismen ist kein Ende. Diese Formeln scheinen gewissermaßen Gerinnungspunkte der Ideologie zu sein, die um Inhalte wie "Schutzbedürftigkeit", "Befreien von Verantwortungen und Pflichten" und dergleichen kreist und deren Kehrseite das Herstellen von Hilflosigkeit, Unselbständigkeit und Unfreiheit ist, die extreme Überprotektion, die stereotyp damit gerechtfertigt wird, man dürfe kein Risiko für die Behinderten eingehen, trage die Verantwortung für ihr Wohl etc. Die Schutzbedürftigkeit wird so produziert, die die Anstalt rechtfertigen soll; eine einfache Einsicht, die den in den Behinderteneinrichtungen Tätigen meist völlig fernliegt, und von wem sollte sie ihnen auch nahegebracht werden? Ähnlich wie bei der Selbstbeschädigung, die zur Wohltat der Schutzjacke führt (da die Anstalt die Pflicht hat, den Behinderten vor sich selbst zu schützen; daher der Euphemismus für den alten Ausdruck "Zwangsjacke"), nachdem die Anstalt die Selbstbeschädigung zumindest teilweise (wenn nicht ganz) hervorgebracht hat, führt die so produzierte Unselbständigkeit und Hilflosigkeit faktisch zu einem Gefangenendasein. Die Gitter können, wie im Falle der geschlossenen Abteilungen, auch äußerlich sichtbar sein; in der Regel sind sie jedoch nicht von so offensichtlicher Art: Gewiß, ein Schwerbehinderter ist nicht in der Lage, sich selbständig außerhalb des Anstaltsgeländes zu bewegen, denn er kennt nicht die Bedeutung etwa von Münzen oder Verkehrsampeln etc. - also muß er sein Leben in zwei oder drei kahlen Räumen verbringen, unterbrochen durch gelegentliche Spaziergänge vielleicht oder einen "Betriebsausflug" einmal jährlich (auf dergleichen Unternehmungen halten sich die Einrichtungen meist nicht wenig zugute).

Wer würde eigentlich ein anderes Erziehungsergebnis erwarten als das einer schweren Behinderung, wenn ohnehin schon gehandicapte Menschen von Jugend an unter solchen Bedingungen vegetieren, wie sie sich normalerweise an den Behinderteneinrichtungen vorfinden?

Die Verkehrung von Ursache und Wirkung, die aus einem Anstaltsartefakt die Notwendigkeit der Anstalt ableitet, ist sicher naiv, aber auch bösartig in den Konsequenzen. "Die Wissenschaft" stützt und legitimiert dieses Denken oft genug auch noch, sei es durch altehrwürdige Lehrmeinungen der Schulpsychiatrie aus der Zeit vor dem zweiten oder auch dem ersten Weltkrieg, sei es durch pädagogische Lehrbücher etwa derselben Entstehungszeit. Beispielhaft mag das sehr viel benutzte Buch von Asperger (1968) sein, das ausgerechnet den Titel "Heilpädagogik" trägt und das in einschlägigen Ausbildungsgängen gewöhnlich zur Standardlektüre gehört. Dort ist etwa die Rede vom "triebhaften Bosheitsakt des Einschmutzens", davon, daß die an "kindlicher Schizophrenie" Erkrankten oft "zu primitiv oder zu schwachsinnig seien, um höhere Integrationen zu lernen" (gemeint ist die Beherrschung der adaequaten Toilettensequenz) - was jeder Großstadthund lernen kann. Als Therapievorschlag wird angeboten, man dürfe sich nicht ärgern und nicht strafen und solle tiefe emotionale Beziehungen anbahnen. Bei allen Arten von Toilettenproblemen wird auf Abnormität der Konstitution oder der Heredität als häufige Erklärung hingewiesen, Inkontinenz, Enuresis nocturna und Obstipation bei "Angstkindern" werden zusammen abgehandelt, wohl aufgrund oberflächlicher Ähnlichkeit (es geht immer um Fäkalien), obwohl sie lerntheoretisch kaum etwas miteinander zu tun haben - dergleichen unverantwortliche Äußerungen mögen lächerlich sein, werden aber häufig von Laien als "vorläufig letzter Stand der Wissenschaft" ernstgenommen, die sie nicht kritisch durchschauen können oder es sich nicht zutrauen, eben weil sie sich als Laien empfinden.

Unter anderem aus diesen Gründen sind die naiven Behin-

dertenstereotype und die relevanten Ideologien, die so fatale Folgen zeitigen können, natürlich durchaus vereinbar mit großer subjektiver Ehrlichkeit und beeindruckendem Engagement, mit denen sich Psychiater und Anstaltsleiter oft ein Leben lang der Behinderten annehmen. Das "gut meinen" ist nicht zu bezweifeln, aber kein Ersatz für Sachkunde und klare Folgerungen. Die Situation der Behinderten muß gründlich neu durchdacht werden; die Psychologie mit ihren Nachbardisziplinen hat am ehesten die Methodik und das Instrumentarium dafür zur Verfügung, so daß ihr diese Aufgabe zufällt. Dazu macht sie bisher zumindest in der BRD kaum irgendwelche Anstalten. Die moderneren und vielbenutzten Handbücher und Kompendien der Verhaltenstherapie und klinischen Psychologie erwähnen in aller Regel Behindertenprobleme mit keinem Wort, weder im Sinne einer Therapieaufforderung noch im Sinne der Diskussion über die Versorgungsformen (vgl. Adams und Unikel, 1973; Bandura, 1969; Bergin und Garfield, 1971; Kraiker, 1974;). Davon wird später noch eingehender die Rede sein. Doch selbst gute Theoriebildung würde noch keine bessere Anstalt machen. Deshalb soll der letzte Abschnitt dieser Arbeit wieder in erster Linie praktischen Fragen gewidmet sein, da ja konkrete Änderungsvorschläge, die kurzfristig und ohne allzu großen Aufwand zu verwirklichen sind, das eigentliche Ergebnis dieser Untersuchung darstellen sollen.

4. SCHLUSS

4.1. Welche Planungsvorschläge lassen sich aus den Ergebnissen für die Zukunft von Behinderteneinrichtungen gewinnen?

In den folgenden Unterabschnitten sollen diese Überlegungen für zukünftige Schritte zuerst in allgemeinerer Weise und dann noch einmal auf konkreterem Niveau angestellt werden. Diese Überlegungen rechtfertigen wohl erst den Aufwand für die vorliegende Arbeit; ihr Sinn scheint nicht in erster Linie in den Ergebnissen selbst zu liegen, sondern in den Konsequenzen, die die verantwortlichen Personen daraus ziehen. Konkreter: die ganze Untersuchung ist erst dann sinnvoll geworden, wenn sie dazu beigetragen hat, daß das Dasein der Anstaltsinsassen etwas erträglicher gestaltet wird. Die Verwirklichung der vorgeschlagenen Änderungen ist natürlich Sache derer, die die "Macht", d.h. die Anordnungsbefugnisse in einer solchen Einrichtung innehaben und sie auch ausdrücklich beanspruchen. Für diese Personen soll ein Katalog begründeter, konkreter und "machbarer" Reformvorschläge abgeleitet werden, d.h. solche Vorschläge, die in näherer Zukunft in die Tat umgesetzt werden könnten, ohne große praktische und finanzielle Probleme aufzuwerfen. Deshalb soll der Hauptakzent auch nicht auf der Forderung nach einer Erweiterung der Anstalts-Ressourcen liegen (so wünschenswert dies auch wäre, s. Abschnitt 4.2.) - dergleichen wäre auch unrealistisch, denn eine Vermehrung vor allem der Geldmittel, von Bauland und damit von Gebäuden und Personal ist auf absehbare Zeit nicht möglich. Die Hauptfrage ist vielmehr die, wie sich die vorhandenen knappen Ressourcen an Räumen, Finanzen und Personal so umorganisieren lassen, daß bei etwa gleichem Einsatz befriedigendere Ergebnisse als gegenwärtig zustande kommen. Die angewandte Psychologie gerät allerdings hier schon in die Nähe zur Betriebswirtschaft; das entspricht durchaus auch dem Selbstverständnis etwa der "community psychology"

als Helfer beim Lösen sozialer Probleme, und zwar nicht nur auf der Ebene individueller Verarbeitung dieser Probleme, sondern gerade durch Eingriffe in soziale Systeme, um entstehende Probleme durch Veränderung des sozialen Systems zu beheben.

4.1.1. Was ist wünschenswert?

Es scheint nützlich, zunächst einmal recht allgemein im Konzept zu formulieren, was für Leistungen und Lebensbedingungen eine Behinderteneinrichtung nach modernen Gesichtspunkten bieten können muß. Bereits durchdachte und erprobte Modelle, die sich zur Betrachtung und zum Vergleich anbieten, werden im nächsten Abschnitt kurz geschildert.

All diesen Modellen ist eins gemeinsam: der Zug zur Verkleinerung der Einrichtungen. Niemand wird wohl mehr die Mammutanstalten mit Tausenden von Betten verteidigen wollen, für die etwa Charenton, Bicêtre oder Bethel die historischen Vorbilder waren. Nun neigt man andererseits in der BRD bisher nicht zu der mutigen Konsequenz - und ist auch finanziell schwerlich dazu in der Lage - , wie sie vereinzelt in angelsächsischen Ländern bereits verwirklicht wurde, nämlich die konventionelle Landesnervenklinik kurzerhand zu schließen und abzureißen oder in gewöhnliche Kreiskrankenhäuser oder auch in Fabriken zu verwandeln. In der BRD wird man sich mit den traditionsbefrachteten Relikten des 19. Jahrhunderts wohl noch auf Jahrzehnte hin abfinden müssen; die Frage, ob diese Relikte überhaupt reformierbar seien, scheint deshalb unangebracht - sie müssen einfach reformiert werden.

Dies würde bedeuten, daß innerhalb der Mauern auf den Geländen und in den Gebäuden der konventionellen Großeinrichtungen kleinere Einheiten geschaffen werden müssen, wobei möglichst wenige kostspielige Änderungen an der Bausubstanz nötig werden sollten. Schlagwortartig könnte dies

als "Denzentralisierung" bezeichnet werden. Davon wird noch genauer die Rede sein.

(1) Ein erstes Kennzeichen des wünschenswerten neuen Konzeptes der reformierten hergebrachten Behinderteneinrichtung bestünde also darin, daß die Großstationen mit 30 oder 40 Betten in wesentlich kleinere Einheiten aufgeteilt würden. Neben der kleinen Wohneinheit wäre es wohl auch wünschenswert, daß Patientengruppen in solchen Einheiten weniger zufällig und willkürlich zusammengestellt werden, als das augenblicklich meist der Fall ist. Was für Gruppen günstig sind, wäre nach zu untersuchen (Homogenisierung oder Durchmischung, je nach Ausmaß der Behinderung? Gerade das Datum "Ausmaß der Behinderung" scheint jedoch schwankender und uneindeutiger zu sein, als gemeinhin angenommen wird, falls damit die Breite des Verhaltensrepertoires gemeint ist). Immerhin sollte es möglich sein, Patientengruppen so zusammenzustellen, wie das im Einzelfall aus was für Gründen immer gewünscht wird, statt im Falle einer unumgänglichen Neuaufnahme das einzige freie Bett irgendwo nehmen zu müssen, weil eine andere Möglichkeit ohnehin nicht besteht. Dieser Freiraum bei der Plazierung, die Möglichkeit der Differenzierung muß erst einmal geschaffen werden, unabhängig davon, wie sie dann gehandhabt wird. Der Punkt ist der, daß diese Möglichkeit vorläufig platterdings nicht besteht. Die Patienten-Fluktuation ist gering, und einmal bestehende Gruppen sind schwer zu ändern, es sei denn, durch Bettentausch. Dies läuft jedoch meist auf die Wahl zwischen zwei Übeln hinaus.

(2) Ein zweites Kennzeichen eines neuen Konzepts für Behinderteneinrichtungen besteht dann darin, daß ein Spielraum bei der Plazierung gegeben sein muß dadurch, daß Gruppen vergrößert und verkleinert werden können (und daß architektonisch auf diese Anforderung Rücksicht genommen wird), und daß umgruppiert werden kann, wenn das nötig erscheint. Um diese Beweglichkeit der Disposition zu erreichen, scheint es nötig, pro Patientengruppe eine Marge von einem oder zwei

Reserveplätzen einzukalkulieren, etwa indem die Gruppengröße nicht absolut in einer bestimmten Bettenzahl definiert wird wie bisher, sondern mit "plus-minus" ein bis zwei Plätzen.

Damit wäre auch die Möglichkeit geschaffen, Patienten mehrere Gruppen durchlaufen zu lassen, um allzu große Monotonie und Stagnation sozialer Beziehungen zu vermeiden. Meist wird jetzt unhinterfragt argumentiert, ein Patient leide immer unter einer Verlegung, da er sich doch dort eingelebt habe, wo er sei; Verlegungen ohne zwingenden Grund seien daher zu vermeiden. Darin steckt sicher ein Stückchen Anstaltsideologie, etwa der Art, eine Station sei für den Behinderten eine Art Quasi-Familie mit einem Netz positiver emotionaler Beziehungen, das nicht zerrissen werden dürfe. Die Ergebnisse der Beobachtungen im Hauptteil 1 lassen diese Voraussetzung als nicht gerade stichhaltig erscheinen: woher sollen die emotionalen positiven Beziehungen wohl kommen, wenn fast nichts an Kontakten abläuft? Gerade der postulierte Quasi-Familien-Charakter einer Station wäre sicher sehr wünschenswert, ist aber auf der bestehenden Großstation reines Wunschdenken. Die Möglichkeit sollte deshalb in der skizzierten Weise geschaffen werden.

Die Patienten im Training bestätigten die Anstaltsideologie durch ihr Verhalten keinesfalls: sie schienen mitnichten unter der plötzlichen Verlegung auf die Trainingsstation zu leiden, im Gegenteil, die Mühelosigkeit war erstaunlich, mit der sie sich auf neue Lebensbedingungen und neue Betreuer einstellten. Da die Trainees die gebotenen Kontaktmöglichkeiten meist begierig aufgriffen, wuchsen die Trainingsgruppen in kurzer Zeit enger zusammen und bildeten wenigstens in Ansätzen eben Gruppen, die mehr waren als eine Ansammlung von Individuen. Es wäre zu überlegen, ob nicht ein langsames Umgruppieren von Patienten in einer Einrichtung an sich schon wünschenswert wäre, um soziale Monotonie zu vermeiden, was ja nicht heißen muß, daß bestehende Bindungen zerrissen werden. Im Normalfall verbringt ja ein

Mensch auch nicht Jahre und Jahrzehnte täglich und ganztags mit den gleichen Personen, und bestehende Bindungen würden bei Umgruppierungen nur dann zerrissen, wenn zwischen den Gruppen oder Stationen kein Austausch oder Besuch möglich wäre. Das ist jetzt in der Regel auch der Fall; Besuche zwischen Stationen sind zumindest bei den schwerer Behinderten selten; ein Patient wird meist umgehend zurückgeschickt auf "seine" Station, auf die er "gehört", und nicht als Nachbar oder Besucher betrachtet, der eben mal hereinschaut.

(3) Daraus ergibt sich ein weiteres Kennzeichen eines neueren Unterbringungskonzepts: die Gruppen sollen nicht nur klein und nach Wunsch umgruppierbar sowie mit einer Belegungsmarge (d.h. einem Spielraum an Betten) versehen sein, sondern die Grenzen zwischen ihnen sollten auch fließend sein. Eine Gruppe sollte Wohnort sein, den man verläßt und zu dem man wieder zurückkehrt, nicht zugeteilter Zwangsaufenthalt, u.U. auf Lebenszeit. Bisher gilt diese scheinbare Selbstverständlichkeit nur für leichter Behinderte, nicht für die hier untersuchte Gruppe.

Ein weiteres Stück Ideologie besteht in der Unterstellung, ein Wechsel von Betreuern ("Bezugspersonen", in Anlehnung an den Terminus der Kinderpsychologie; der Bezug dürfte jedoch sehr dünn bis nicht vorhanden sein) führe allemal zu Problemen, eben weil bestehende Bindungen oder Gewöhnungen zerbrochen würden. Es gab aber im Training nicht die geringsten Schwierigkeiten mit den neuen Betreuern; die angebotenen Kontakte wurden sofort aufgegriffen und genutzt (was nicht überrascht, da gerade Behinderte oft von der tapsigen Zutraulichkeit sind, die auch als distanzlose Aufdringlichkeit wirken kann). Es wird in der Anstaltsideologie aber von der Fiktion ausgegangen, vor allem der Abteilungsleiter sei für die Patienten so eine Art Ersatzvater und Bezugsperson Nr. 1. Daß gerade dies in Wirklichkeit schwerlich zutrifft, hat wiederum die Beobachtung der tatsächlichen Kontakte ergeben. Bezugspersonen sind, wenn überhaupt dieser

unreflektiert nachgeredete Begriff hier einen Sinn hat, noch am ehesten die Hilfspfleger, die wenigstens einige Male täglich kurzen direkten Kontakt mit den Patienten haben; diese Personen unterliegen auch am stärksten der Personalfluktuation. Es wäre aber sicher wünschenswert, daß das Personal langsam und nicht synchron fluktuiert, wenn eine kleine Einheit erst einmal erlaubt, daß ein soziales Bezugssystem im Sinne einer Quasi-Familie entsteht, in dem der Begriff der Bezugsperson sinnvoll verwendet werden kann. Bisher wird das Vorhandensein sozialer Bezüge einfach unterstellt, und zwar offenbar zu Unrecht, wenn man an die durchschnittliche Kontaktdauer pro Tag und Pflegling denkt.

(4) Ein weiteres Kennzeichen des neueren Konzepts bestünde folglich darin, von vornherein eine langsame, gleichmäßige Fluktuation der Bezugspersonen in einer Kleingruppe einzukalkulieren oder herbeizuführen, da Fluktuation ohnehin unvermeidbar und darüberhinaus evtl. wünschenswert ist, um Starre und Monotonie in sozialen Beziehungen zu vermeiden und das Repertoire sozialer Anpassungsmechanismen möglichst zu verbreitern.

Eine weitere Überlegung im Rahmen eines solchen Konzepts sollte die sein, wie die Grenzen zwischen Pfleglingskontakten und Organisationstätigkeiten der Betreuer verwischt werden können. Faktisch ist dies ein Entweder-Oder, wie der Hauptteil 1 gezeigt hatte; dies muß aber nicht so sein. Die Erfahrungen auf der Trainingsstation bestanden in dieser Hinsicht darin, daß das Organisatorische leicht nebenher bewältigt werden konnte, und daß die eingeplante "O-Person" bei einer 7er-Gruppe auch dann nicht richtig ausgelastet ist, wenn es sich um extrem unselbständige Patienten handelt, die gerade erst zu einer Gruppe zusammengestellt wurden, und wenn Sonderaufgaben wahrgenommen werden sollen, also unter organisatorisch schwierigeren Bedingungen als im Normalfall. Die Trennung der O-Tätigkeiten von den Kontakten wird anscheinend erst durch die Großstation so

scharf gemacht - es sit dort einfach nicht möglich, daß ein Patient zusammen mit einem Betreuer die Betten frisch bezieht, also gleichzeitig mit der Verrichtung auch sozialen Kontakt hat, oder daß er mit ihm beim Kartoffelschälen ein Schwätzchen hält. Die skizzierte Großstation zwingt dazu, das Organisatorische möglichst schnell zu erledigen, d.h. Hauswirtschaftliches weitgehend aus der Station herauszuverlagern. Die Konsequenz besteht in der zentralen Großküche und Großwäscherei, so daß für die Patienten kaum noch die Möglichkeit besteht, an ihrer eigenen Versorgung mitzuarbeiten, indem kleine Pflichten und Beschäftigungen delegiert werden. Gleichzeitig wird gegenwärtig noch dem Personal die gesamte Last körperlicher Versorgung und Pflege aufgebürdet, so daß das im ersten Hauptteil beschriebene Ergebnis zustande kommt: die Betreuer arbeiten sehr angestrengt und immer unter Zeitdruck, um den notwendig starren Tagesplan zu "schaffen", der Kontakt mit den Patienten fällt dem zum Opfer, und die Betreuer selbst sind frustriert wegen der unbefriedigenden Tretmühle ihres Alltags, seiner Perspektivlosigkeit. Der Patient ist bisher Objekt der (oberflächlich verstandenen) Fürsorge oder Pflege, aber sicher nicht der (wenn vielleicht auch in bescheidenem Maße) mitverantwortlich Teilnehmende. "Die Arbeit muß schließlich gemacht werden" ist eine stereotype Redewendung, die meist besagt, die reibungslose Organisation müsse allemal vorgehen, und ein Patient, der helfen wolle, stehe eigentlich nur im Weg. Das Erlernen größerer Selbständigkeit wird so verhindert, ein Opfer der Organisationsform der konventionellen Großstation.

(5) Ein modernes Konzept der Behinderteneinrichtungen sollte folglich Sorge tragen, daß die Patienten soweit wie möglich an ihrer eigenen Versorgung teilnehmen, also O-Tätigkeiten mit übernehmen, damit die Zeit der Betreuer für wichtigere Funktionen freigesetzt werden kann als für das Abwaschen von Geschirr (obwohl sie natürlich die Koordination der O-Tätigkeiten in der Hand behalten müssen). Es ist jedoch nicht

einzusehen, warum ein Schwerbehinderter nicht Kartoffeln schälen können soll, wieso er gewaschen werden muß statt sich selbst zu waschen, warum er nicht Geschirr abtrocknen oder eine Waschmaschine bedienen lernen soll, da ein Schimpanse durchaus lernt, Maschinen zu bedienen, die wesentlich komplizierter sind als automatische Waschmaschinen (etwa die Kommunikations-Computer am Yerkes-Laboratorium für Primatenforschung). Das hieße konkret, daß jede Wohngruppe etwa eine normale Küche bekommen sollte, in der nicht nur das angelieferte fertige Essen aufgewärmt und ausgeteilt wird, sondern auch tatsächlich gekocht, daß jede Gruppe ihre Wäsche selbst besorgt u.a.m.; kurz, Zentralküche und Zentralwäscherei bilden nur bei sehr oberflächlicher Betrachtung einen Fortschritt und eine Arbeitserleichterung. Die Trainingssituation zeigte nämlich auch, wie schwer es ist, Behinderte den ganzen Tag über zu beschäftigen, die noch nicht allein spielen können, wie junge Kinder auch. Die Mediatoren waren froh, daß sie Zeit mit einigen O-Tätigkeiten ausfüllen konnten, zu denen sie Trainees anleiteten, z. B. Brote bestreichen, Betten beziehen, Mülleimer wegtragen, Essenskübel holen oder wegtragen etc. Nach wenigen Tagen hatten sich solche Verrichtungen durchaus eingespielt, und in allen Gruppen fanden sich zwei bis drei Patienten (wohlgemerkt, unter den Schwerstbehinderten), die nach entsprechender Unterweisung Brote bestreichen oder Geschirr abtrocknen konnten und dies auch mit Hingabe erledigten. Auf der bestehenden Großstation geschieht nur scheinbar etwas Ähnliches: es gibt da die Einrichtung des sog. "Hilfsjungen", d.h. eines Patienten, der quasi als Hilfs-Hilfspfleger arbeitet und etwa die Funktionen einer Putzfrau wahrnimmt. Das läßt aber die übrigen ca. 95 % der Patienten außer acht, die nicht einbezogen werden; hier wird vielmehr überlegt, wie O-Tätigkeiten und Kontakte so miteinander verbunden werden können, daß möglichst jeder Patient nach Maßgabe seiner Fähigkeiten einbezogen werden kann.

Eine weitere Überlegung, für die das Training jedoch keine

Erfahrungen liefern konnte, besteht darin, wieweit die zentrale Verwaltung ähnlich wie die Versorgung mit Essen und Wäsche dezentralisiert werden kann. Es könnte etwa sinnvoll sein, wenn Betreuer und Pfleglinge ihre Mahlzeiten nicht nur zubereiten, sondern auch zusammen die Zutaten einkaufen könnten, ebenso wie Kleidung, Dinge für den hygienischen Bedarf etc. Dazu wäre es nötig, daß jede Gruppe eine Art Haushaltsgeld zur Verfügung gestellt bekommt, mit dem sie dann wirtschaftet. Abgesehen von den Vorteilen für die Patienten könnte so wohl der enorme Verwaltungsaufwand in Grenzen gehalten werden, der jetzt durch die zentrale Lagerhaltung und Zuteilung bei Sachmitteln (buchstäblich bis zu jedem Stück Seife) und der Verwaltung der Finanzen entsteht. Sicher werden viele Waren durch Großeinkauf billiger, aber einmal läßt das pädagogische Vorteile außer acht, die damit aufgegeben werden, und zum anderen dürften die Personalkosten für die Verwaltungsangestellten die Einsparungen ohnehin wieder zunichte machen.

Die Großstation ist eine zähe Tradition und hat als solche natürlich auch ihre ideologische Umkleidung gefunden, wobei sich die Institution und deren Rechtfertigung gegenseitig stützen. Die Großstation erlaubt angeblich größere Effizienz in der Versorgung, und die Versorgung muß so effizient sein, weil die Stationen so groß sind. Die Frage ist aber - selbst wenn diese immer wieder aufgestellte Behauptung größerer Effizienz zuträfe - , was "effizient" denn bedeutet. Dahinter scheint der Gedanke zu stecken, daß reibungsloser organisatorischer Ablauf der physischen Versorgung mit Fürsorge gleichgesetzt wird, d.h. daß die Patienten einer Station dann als gut betreut gelten, wenn es zu keinen Zwischenfällen kommt, wenn der Tageslauf mit uhrwerkhafter Gleichförmigkeit abgewickelt wird und wenn die Station in verwaltungstechnischem Sinne keine Probleme macht. Der Gedanke paßt jedoch schlecht zur dauernden Deklamation, der Behinderte stehe im Mittelpunkt aller Bemühungen - er ist ihr Objekt, was sicherlich nicht das Gleiche ist. Es sollte aber nicht vorausgesetzt werden, eine patien-

tengerechte und eine unproblematisch simple Organisationsform schlössen einander aus. Die Trainingsstation bewies das Gegenteil, die "innerhalb" keine ernsthaften Organisationsprobleme erlebte.

Zusammenfassend schält sich jetzt ein Konzept heraus, das wünschenswert und auch praktikabel erscheint, auch im Rahmen bestehender Großeinrichtungen:

Eine reformierte Station oder Gruppe sollte
- eine kleine Einheit sein,
- eine nur ungefähr definierte Bettenzahl umfassen, um Spielraum für Erweiterungen und Verkleinerungen der Gruppen sowie Umgruppierungen zu bekommen,
- als Wohnort betrachtet werden, wobei die Grenzen zwischen Gruppen bewußt undeutlich gehalten werden sollen,
- eine langsame Fluktuation bei Betreuern wie Patienten innerhalb der Gruppen nicht nur einberechnen, sondern eventuell auch fördern,
- sich so weit wie tunlich selbst versorgen und verwalten müssen, statt zentral versorgt und verwaltet zu werden, damit Patienten einbezogen werden und Versorgungstätigkeiten und Kontakte verbunden werden können, und damit das Personal etwas tun kann, was seinem Selbstverständnis als Erzieher und Betreuer näher kommt als die jetzige Rolle als Essensverteiler und Aufpasser.

Dies alles klingt recht naheliegend, fast schon selbstverständlich und nicht gerade originell, vor allem im Hinblick auf längst bestehende Modelle und geführte Überlegungen (s. 4.1.2.). Dennoch erweist sich die Tradition des 19. Jahrhunderts als ungewöhnlich zählebig, nämlich eine Behindertene inrichtung als eine Versorgungsfabrik zu denken, irgendwo angesiedelt zwischen Gefängnis, Krankenhaus und Landschulheim, die ihrer Aufgabe, nämlich der "Pflege" (im Sinne von "Verpflegung" und Aufbewahrung) umso eher effizient, d.h. kostensparend, gerecht werden kann, je größer sie dimensioniert, je stärker sie zentralisiert ist. Zählebig muß diese Denkweise offenbar deshalb sein, weil die

beschriebene Einrichtung ihr modernstes Erweiterungsgebäude, das eine zweistellige Millionensumme der notorisch knappen Mittel verbraucht und die Investitionsmöglichkeiten auf Jahre hinaus ziemlich erschöpft hat (ironischerweise mit durch die Trainingsstation eingeweiht), nach eben diesem Konzept erbaut hat, als Hochhaus mit Einheiten von ca. 45 Betten, nichts anderes im Grunde als ein gesichtsloses Großstadtkrankenhaus, in dem ebenso gut - oder besser - innere Medizin betrieben werden könnte. So selbstverständlich sind die skizzierten Überlegungen also offenbar doch nicht, denn die Anstaltsleitungen stehen allerorten unter dem Druck der öffentlichen Hände, die Geldzuschüsse gern von der Schaffung neuer Betten abhängig machen, also ausdrücklich das Unsinnigste verlangen, nämlich die ständige Erweiterung von Einrichtungen, die ohnehin schon anihrer eigenen Größe kranken. Das nächste Hochhaus wird in der beschriebenen Einrichtung folglich bereits geplant, und in dem bereits bestehenden sieht man einen Beweis eigener Fortschrittlichkeit.

Käme das Kleingruppenkonzept jemals in die konkrete Diskussion, so würde sicher geltend gemacht, es sei exorbitant kostspielig. Es ist jedoch zweifelhaft, ob es nicht sogar billiger wäre als die jetzige Versorgungsform. Diejenigen Arbeiten, die auch Kostenschätzungen angestellt haben, kommen alle zu diesem Ergebnis (Clark, 1975; Roeher, 1975; Wolfensberger, 1975;) oder melden solche Erfahrungen. Sicher lassen sich solche Kleingruppen in jeder renovierten Baracke unterbringen, auch in Mietwohnungen oder gepachteten Einfamilien-Häusern; aufwendige Neubauten sind in aller Regel nicht nötig. Außerdem ermöglicht das Kleingruppenkonzept gerade den Abbau der personalintensivsten Sparten (Zentralküche, Zentralwäscherei, zentrales Warenlager und die zentrale Verwaltung all dessen) und damit die Freisetzung personeller Kapazität für das Eigentliche der Arbeit, nämlich die Arbeit mit dem (nicht "am") Behinderten.

Der übernächste Abschnitt wird Überlegungen enthalten, inwieweit sich dieses Konzept innerhalb der vorgefundenen

oder angestrebten Schlüsselzahlen bezüglich Personal und Räumen, also innerhalb auch der derzeitigen finanziellen Möglichkeiten, verwirklichen läßt; es werden dann also gewissermaßen die gleichen Überlegungen noch einmal auf einem konkreteren Niveau durchgespielt. Der folgende Abschnitt zieht zuvor noch einen kurzen Vergleich mit ausländischen Erfahrungen und Überlegungen zum Thema "Planung von Behinderten-Einrichtungen".

4.1.2. Neue Organisationsformen von Behinderten-Einrichtungen - Ausländische Erfahrungen

Die aus der vorliegenden Arbeit bereits andeutungsweise gezogenen Schlüsse finden sich in ähnlicher Form wieder in Versuchen im Sinne von Modelleinrichtungen, wie etwa in USA, oder sie finden sich bereits als Richtlinie und weithin verbreitete Praxis, etwa in den Niederlanden und in Skandinavien. Neue Modelle und Organisationsformen der Behindertenbetreuung und den Erfahrungsaustausch darüber leitet zunehmend ein sehr aktiver internationaler Dachverband ("International Association für the Scientific Study of Mental Deficiency", abgekürt IASSMD), der zwar von Psychologen vorwiegend beeinflußt wird, aber allen qualifizierten Berufen im Behindertenwesen offensteht. Dieser Verband vermittelt Kontakte und Informationsbesuche, richtet internationale Kongresse aus, liefert Literaturangaben und Forschungsberichte etc. Die BRD ist in diesem Verband gerade seit zwei Jahren vertreten; sie entsandte zum 3. Weltkongreß 1973 keinen Beitrag außer informellen Diskussionsangeboten, wobei die Skripte der gehaltenen Vorträge über 800 Seiten füllen, und ganze sechs Teilnehmer, gegenüber je 40 aus Japan und Mexiko, weniger z.B. als Portugal und Panama. Wahrscheinlich war der Tagungsort, Den Haag, nicht exotisch genug. Bezeichnend ist wohl für die pragmatische Einstellung zu Behindertenfragen und die dringend verspürte Verpflichtung, schnell greifbare Veränderungen herbeizuführen, die international zu herrschen scheinen, daß

der umfangreiche Kongreßbericht zu mehr als einem Drittel angefüllt ist mit Beiträgen über politische, personelle, finanzielle, architektonische, strukturelle Probleme von Behindertereinrichtungen, konkret bis zu der Frage der Vor- und Nachteile verschiedener Bodenbeläge (Dondorp, Costenoble, Van den Brink, Contant und Angenent, 1975), weitsichtig bis zur Diskussion politischer Durckmittel, um eine Lobby für die Behinderten auf lange Sicht zustande zu bringen und bis zur landesweiten Langzeitplanung (Krause, 1975; Krause, Bank-Mikkelsen, Mutters und Elliott, 1975), ungewöhnlich bis zur Information darüber, welche juristischen Präzedenzentscheidungen zur Geldbeschaffung bei Versicherungen oder öffentlichen Händen strategisch nützlich für die Behinderten eingesetzt werden können (Goldberg und Lippman, 1975).

Bezeichnend schien der Kongreß jedoch auch für die internationale Isolation des bundesdeutschen Behindertenwesens, wohl auch eine Folge des Dilettantismus, der in der BRD weithin vorherrscht, wo die entsprechenden Einrichtungen in der Regel von verhaltenswissenschaftlichen Laien geführt werden, etwa Psychiatern, Kinderärzten, Theologen und Verwaltungsfachleuten. Das Fachwissen dieser Personen liegt auf anderen Gebieten als den hier als vor allem relevant betrachteten, nämlich Verhaltens- und Entwicklungspsychologie sowie Psychologie der Intelligenz; dennoch haben diese Personen in aller Regel "das Sagen", d. h. sie treffen die folgenreichen Entscheidungen auf Anstaltsebene und auch darüber meist auf politischer Ebene. Konsequenterweise fordert Martin (1975) die Psychologen im Behindertenwesen und ihre Berufsverbände auf, politisch aktiv zu werden und Grundsatzentscheidungen nicht mehr psychologischen Laien einfach zu überlassen. Gerade in der BRD haben sich Psychologen zu dem ganzen Fragenkomplex bisher sehr zurückhaltend, um nicht zu sagen desinteressiert, gezeigt. Es nimmt daher bei genauerer Überlegung kaum wunder, daß der Behinderte in Anstalten als Mensch mit einem

statischen, einzig somatisch bedingten Schaden gilt, den aufzubewahren und fürsorglich zu pflegen die Menschlichkeit fordere, da ja am Ausmaß seines Defizits nichts oder nichts Wesentliches mehr geändert werden kann. Diese einseitige, durch das "psychiatrische Modell" gefärbte Behindertenanthropologie wird durch die spezifischen Ausbildungsgänge - auch auf akademischem Niveau - oft genug noch weitergegeben; innerhalb der Anstalten, die ihr Personal meist selbst anlernen oder ausbilden, gilt sie ohnehin als unhinterfragte Selbstverständlichkeit. Das logische Ergebnis ist dann die skizzierte Pflegefabrik mit ihrer impliziten, sie rechtfertigenden Ideologie.

Daß dennoch auch in der BRD etwas zeitgemäßere Überlegungen einzusickern beginnen, zeigt eine im nächsten Abschnitt zitierte Broschüre. Sie ist vorläufig nichts weiter als eine unverbindliche Empfehlung (und eine vage dazu), aber immerhin dient sie nicht mehr ausschließlich der Selbstrechtfertigung der Anstalten, ja, sogar Ansätze zur Selbstkritik werden sichtbar. Diese Empfehlungen machen keine Aussagen über die Gesamtstruktur oder -größe einer Einrichtung, auch keine über Finanzierung und Organisationsbefugnisse, sondern allein über Richtzahlen bezüglich Raum und Personal pro Kopf der Behinderten. Über wünschenswerte Ausbildungsinhalte oder Qualifikationen wird ebensowenig etwas gesagt. Die Oberflächlichkeit solcher Reformbemühungen ist vielleicht nicht erstaunlich, wenn der Herausgeber der Dachverband konfessioneller Einrichtungen selbst ist, die ja gerade die traditionelle Behindertenversorgung als Erbe verstehen, das es zu hüten gilt. Quasi-philosophische Formeln wie "das humanum" oder "die Gesamtschau", die häufig benutzt werden, sind nicht gerade geeignet, die Problemblindheit zu beheben und das Theoriedefizit zu verringern, mit denen selbst engagierte Reformer im Behindertenwesen an die Sache herangehen: der unerträgliche Zustand der Behindertenunterbringung reduziert sich auf die Frage der Personal- und Quadratmeter-Schlüsselzahlen und auf Aussagen wie die, daß wohl mehr Werktherapeuten-Plätze

als bisher wünschenswert wären. Wohl aus schierer Unkenntnis heraus werden mit keinem Wort die ausländischen Modelle erwähnt, die immerhin seit mehr als 10 Jahren bestehen und über die eine Fülle von detaillierten Aussagen, Erfahrungen und Empfehlungen vorliegen, bis hin zu Bauplänen und Kostenrechnungen.

Die ausländischen Reorganisationsvorschläge lassen sich in zwei Grundmodelle gruppieren, die beide entwickelt wurden, um die konventionelle Großanstalt abzulösen; die Modelle sind eher als Idealtypen zu verstehen, die nicht immer "rein" vorkommen, sondern viele Zwischen- und Mischformen bilden können oder noch Relikte konventioneller Unterbringung mit umfassen. Hier geht es jedoch eher um die Modelle selbst und um die klare Herausstellung ihrer Kennzeichen und Unterschiede zum Hergebrachten:

a- In den englischsprachigen Ländern wird das community-center-Modell favorisiert, das ausdrücklich die Mitarbeit der Angehörigen der Behinderten verlangt und einplant und lediglich Organisation, Räume und Expertise und know-how zur Verfügung stellt, nicht aber die Familie aus der Verantwortung für das behinderte Mitglied entläßt (in der gegenwärtigen Praxis der BRD wird der Behinderte in die Anstalt "eingeliefert", und diese übernimmt faktisch die gesamte Verantwortung für ihn; die Familie partizipiert an seinem Dasein bestenfalls in der Art gelegentlicher Besuche oder als Urlaubsadresse). Das community-center-Modell wird gegenwärtig außer in den USA vor allem in Kanada, Australien und Großbritannien praktiziert. Eine ausführliche Beschreibung findet sich z. B. bei Wahler und Erickson (1969).

b- Die skandinavischen Länder und die Niederlande praktizieren eine Form der Unterbringung und Versorgung, die hier das "skandinavische Modell" genannt werden soll. Es handelt sich im Grunde um eine bis zur Unkenntlichkeit reformierte konventionelle Einrichtung, die ebenfalls in gemeindenahen kleinen Einheiten sehr differen-

zierte Versorgungsleistungen anbietet. Das skandinavische Modell ist jedoch im Gegensatz zum community-center-Modell dem Versorgungsdenken des Wohlfahrtsstaats noch stark verhaftet; ihm liegt noch der Gedanke zugrunde, die Fürsorge für den Behinderten sei eher Sache des Staates als der betroffenen Familie.

Das community-center-Modell stellt im Grunde mehr als eine Reform der traditionellen Einrichtung dar, denn es ist keine Versorgungseinrichtung mehr, die der Familie des Behinderten die Last der Betreuung abnimmt und sich selbst anheischig macht, das Leben des Behinderten sehr weitgehend zu bestimmen; vielmehr ist es gedacht als eine Stelle, die den betroffenen Familien konkrete Beratung und Hilfe zukommen lassen soll. Die gedankliche Nähe zu den Überlegungen der community psychology ist deutlich, die beim "skandinavischen Modell" fehlt. Formen solcher praktischer Hilfestellungen sollen etwa die Beschulung oder Berufsausbildung des Behinderten sein, der noch zu Hause wohnt, oder das Anbieten eines Werkstattplatzes, oder eine vorübergehende Aufnahme, wenn die Familie Urlaub machen will, oder das Bereitstellen entweder einer Tages- oder Nachtversorgung etc. - die stationäre Aufnahme wird jedoch nur vorgenommen, wenn sie unumgänglich ist. Die aktive Beteiligung der Familie ist nicht nur gestattet, sondern auch Bedingung, oft in der Form ehrenamtlicher Tätigkeiten der Angehörigen in der Einrichtung. Der Grundgedanke besteht in zwei Zielen:

- die Schaffung von Behinderten-Ghettos zu vermeiden; die konventionellen Großeinrichtungen bilden ja in aller Regel entweder eine "Stadt in der Stadt" oder sind dadurch noch drastischer isoliert, daß sie irgendwo fernab der Städte auf der grünen Wiese stehen. Die Integration in die Gemeinde wird hierzulande naiverweise allein durch Appelle an die Umwohner zu erreichen versucht; sie wird natürlich durch die schiere Größe der Anstalten schon verhindert, da Hunderte oder Tausende von Behinderten von etwa ebensovielen bereitwilligen Anrainern nicht inte-

griert werden können,

- und statt dessen den Behinderten in seiner Familie zu belassen, soweit das nur irgend möglich ist, und nicht die Verantwortung für ihn der Öffentlichkeit aufzubürden, dafür aber der betroffenen Familie konkrete Hilfen anzubieten, das heißt auch, das Selbsthilfepotential der betroffenen Familie auszuschöpfen. Diese Hilfen sollen wiederum weitgehend durch Kooperation der betroffenen Angehörigen geleistet werden, wobei die öffentliche Hand diese Bemühungen durch finanzielle Zuwendungen und Schaffung einiger Planstellen für Fachpersonal unterstützt, aber auch kaum weiter geht. Um die Einheiten klein zu halten und die sozialen Bindungen des Behinderten nicht zu stören, wird die öffentliche Hand auf Gemeinde-Ebene tätig, d.h. es kommt ein community center auf eine kleinere Landstadt, schon bei Mittelstädten wären es mehrere, eines für jeden Bezirk. Eine Großstadt wie Sidney etwa besitzt bereits mehr als zwei Dutzend "centers", obwohl die Auflösung der hergebrachten Großeinrichtung noch nicht abgeschlossen ist.

Das community center ist also nicht mehr an einem Ort in einer Stadt oder Gemeinde zusammengefaßt, sondern in verschiedenen, meist nicht für diesen Zweck erbauten Häusern untergebracht, in denen alle nicht allzu speziellen Tätigkeiten möglichst von Angehörigen der Behinderten geleistet werden. Ausbildung von Fachpersonal und anspruchsvollere Beschulungsangebote an die Behinderten bleiben den Universitäten und Schulbehörden überlassen; Mit diesen Leistungen wären die kleinen centers überfordert.

Das "skandinavische Reform-Modell" entfernt sich nicht so weit vom historischen Vorbild. Es reformiert eher das Vorbild, meist sehr weitgehend, stellt aber nicht so sehr einen völlig neuen Ansatz dar wie das community center. Es macht die Mitarbeit der Familie nicht zur Bedingung. Kurzzeitaufnahme, Tagesaufenthalt oder lediglich Beschulung eines Behinderten im lebenspraktischen oder beruflichen Bereich sind in der Regel nicht vorgesehen; meist besteht noch die alte

Alternative des "Rein oder Raus", deren Abschaffung sicher einen der größten Vorzüge des community centers ausmacht. Andererseits bemüht sich das Reform-Modell ebenfalls, kein Ghetto zu bilden, sondern die Behinderten zu einem Teil der Gemeinde zu machen ; es versteht sich eher als eine Art beschützendes Wohnheim. Typischerweise ist eine solche Einrichtung nach dem Bungalow-Prinzip oder in relativ kleinen Baukörpern errichtet, von einem normalen Zaun statt von hohen Mauern umgeben; sie ist äußerlich kaum von einer Reihenhaussiedlung oder einem sog. "Wohnpark" mit einigen Einfamilienhäusern zu unterscheiden. Eben diese Nicht-Abgehobenheit von der Umgebung scheint programmatisch zu sein die beim angelsächsischen Modell dadurch noch weiter getrieben ist, daß meist ältere Wohnhäuser überall in der Gemeinde angemietet werden. Das Reform-Modell bzw. die danach konzipierte Einrichtung bietet ein relativ breites Ausbildungsangebot (Werkstätten, Lehrküchen, Turnhalle, Schwimmbad etc.), aber keine Sonderschule oder heilpädagogische Tagesschule; eine solche Einrichtung hat in der Regel nicht mehr als 100 Betten bei maximal 3 Betten pro Raum und 12 Betten pro Gruppe und Wohneinheit. Personalschulung und Schulung der Behinderten in anderen als lebenspraktischen und spielerischen Tätigkeiten werden nicht von der Einrichtung, sondern von der Schulbehörde wahrgenommen, belasten also auch finanziell nicht die Einrichtung. Die Großanstalten der BRD betreiben oft eigene Sonderschulen und Personalausbildungsstätten in der Form von Privatschulen, womit sie finanziell und von der Qualität der Ausbildungsangebote her meist überfordert sind.

Es scheint nur die logische Fortsetzung des community-center-Gedankens zu sein, wenn diese centers die Anleitung der Angehörigen zu Mediatoren der Förderung anbieten. Dies scheint fast ausschließlich in den angelsächsischen Ländern zur Politik der Behindertenversorgung zu gehören; nach den in der vorliegenden Arbeit gemachten Erfahrungen mit Laien-Mediatoren erscheint der Gedanke ebenso naheliegend wie vielversprechend. Sehr ermutigende Ergebnisse mit diesem

"parental training" hatten Jeffree und Cunningham (1975); Gencheff (1975) verglich die Wirksamkeit von Anstaltspersonal bzw. der Eltern bei zwei Gruppen von insgesamt 135 behinderten, stationär untergebrachten Kindern über einen Zeitraum von 3 Jahren hinweg, wenn diese als Mediatoren angeleitet wurden. Die Ergebnisse waren verblüffend deutlich: die Behinderten, die von ihren Eltern trainiert wurden, konnten zu 62 % zu ihren Familien oder in offene Unterbringungsweisen wie Wohnheime entlassen werden, die die von Anstaltspersonal trainierte Gruppe nur zu 16 %. Eine andere Untersuchung meldet ähnlich gute Erfolge selbst unter der Bedingung, daß die Mediatoren Analphabeten waren: Miller, Budoff, Gimon, Smith und Greenbeerg (1975) bildeten in den Slums von Puerto Rico Mütter behinderter Kleinkinder zu Mediatoren aus, und zwar mit recht komplexen Aufgabenstellungen, vor allem mit dem Ziel, die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Mutter und Kind zu vereindeutigen und zu erweitern. Solche Befunde sprechen einerseits für das Mediatorenkonzept, weil kaum intellektuelle Voraussetzungen nötig erscheinen, andererseits auch für den Einsatz der betroffenen Eltern als Mediatoren, da deren Engagement größeres Gewicht zu haben scheint als intellektuelle Voraussetzungen.

Verschiedene Typen von "community living systems" in mehreren Ländern und die Erfahrungen damit werden in der Arbeit von Stevens, Dey, Peterson, Seed, Koch, Scheerenberger, Forbes und Bank-Mikkelsen (1975) dargestellt; eine detaillierte Beschreibung einer ganzen Kette von gemeindenahen Behinderteneinrichtungen in einem englischen Landkreis bieten Hill, Firth, Haskins, Kerr und Miles (1975), wo sehr deutlich wird, wie verschiedene Grade der Versorgungsintensität im Angebot es ermöglichen, daß wirklich je nach Behinderungsart nur gerade so viel Hilfe geleistet wird, wie im Einzelfall tatsächlich nötig ist.

Zur deutlicheren Kontrastierung der konventionellen Anstalten wie der hier beschriebenen Einrichtung und der beiden skizzierten ausländischen Konzepte werden einige Merkmale

in der folgenden Tabelle stichwortartig gegenübergestellt.

	Konventionelle Institutionen	Reform-Modell (Skandinavien)
Lage	Außerhalb der Städte, oder "Stadt in der Stadt", eigener Bezirk, ummauert, isoliert	Innerhalb der Gemeindegrenzen, in Wohngebieten, eigener Bezirk, nur umzäunt
Bauten	Krankenhausartig, evtl. Hochhäuser, wohnblockartig, meist sehr groß, für diesen Zweck erbaut	Bungalows oder Pavillons, Größe von Ein- oder Zweifamilienhäusern, für diesen Zweck erbaut
Bettenzahl	meist 500 bis 2000, bis zu 4000	zwischen 50 und 120
Räume	Oft noch Schlaf- und Tagessäle	normale Räume wie in Wohnungen
Hauswirtschaft	Zentralküche, Zentralwäscherei, Hinausverlagerung aus der Station	Auf der Station unter Einbeziehung der Behinderten
Werkstätten	Knapp vorhanden, oft eher als Arbeitsstelle statt als Ausbildungsplatz gedacht	Reichlich vorhanden, als Schulungsstelle und nicht als Arbeitsplatz gedacht
Arbeits- und Beschäftigungstherapie?	meist nur knappes Angebot	Meist ziemlich reichliches Angebot, jeder erwachsene Behinderte soll möglichst teilnehmen
Sonderschule vorhanden?	teilweise ja	nein
Personalausbildung durch die Einrichtung?	teilweise ja	nein
Kann medizinisch anspruchsvoll versorgt werden?	meist ja; oft ist auch ein ganzes Krankenhaus mit mehreren Abteilungen angegliedert, das evtl. den Behinderten nicht offensteht	nein; diese Aufgabe wird von den öffentlichen Krankenhäusern wahrgenommen

Community-Center-Modell (USA,UK,Kanada,Australien)	In der BRD grundsätzlich erreichbar im Rahmen der bestehenden Anstalten?
Innerhalb der Gemeinden, über Gemeindefläche verstreut	nein
Nur das center selbst ist meist eigens erbaut worden, die anderen Gebäude sind meist gemietete oder gepachtete Wohnhäuser	bedingt
wenige Betten, da stationäre Unterbringung nicht die Regel	weitgehend
normale Wohnungen	weitgehend
geringer Anfall, da Teilzeitversorgung die Regel; durch Angehörige und Behinderte	ja
Wie beim Reform-Modell, dazu einzelne Arbeitsplätze bei verschiedenen Betrieben in der Gemeinde	bedingt
dto.	bedingt
nein	ja
nein	ja
dto.	ja

Fortsetzung

	Konventionelle Institutionen	Reform-Modell (Skandinavien)
Rolle der Angehörigen?	Besucher, Spender, Gelegenheits-Gastgeber	dto.
Stationsgröße	selten unter 20 Betten, bis zu 45 pro Station bei Erwachsenen	zwischen 3 und 10
Wie ist das feste Personal ausgebildet?	entweder gar nicht, oder es ist medizin. Hilfspersonal. Qualifiziertes pädagog. Personal selten.	Verschiedene pädagogische Berufe, dazu Hilfspersonal ohne pädagogische Aufgaben. Kein medizin. Hilfspersonal oder sehr wenig.
Organisationsform	straff hierarchisch, zentral-bürokratisch, keine Beteiligung der Angehörigen, oder der "Basis" an Betreuern an Entscheidungen	Meist Dreier-Gremium (Arzt, Psychol., Verwaltungsmann) als Leitung, dazu Mitarbeiter- und Elternrat als ständige Instanzen, keine Trennung in "Management" und "Arbeiter".
Finanzierung	Durch Jugend- und Sozialbehörden, Spenden, zum größten Teil über den Pflegesatz der Krankenkassen	durch staatl. Stellen direkt
Kosten	sehr hoch	niedriger, da weniger unnötige Leistungen, spezialisierteres Angebot, kaum Verwaltung, Überantwortung der Ausbildung an den Staat
Wie viele der Angestellten arbeiten direkt mit Behinderten?	ca. 50 %	alle bis auf die drei "Leiter", die jedoch als Berater für den Einzelfall fungieren
Verwaltung wo?	Soweit wie möglich innerhalb, Selbstverwaltung der Anstalt	Soweit wie möglich außerhalb, nur alltägliche Bagatellevorgänge; alle höhergeordneten Verwaltungsakte werden durch staatl. Stellen abgewickelt.
Maßgebende akademische Disziplin?	Medizin, somatische Psychiatrie	Psychologie, Sozialpädagogik, Psychiatrie

Community-Center-Modell (USA,UK,Kanada,Australien)	In der BRD grundsätzlich erreichbar im Rahmen der bestehenden Anstalten?
regelmäßige Mitarbeit obligatorisch, auch als Mediatoren	bedingt
entfällt, da kein Stationsbetrieb. Reine Pflegefälle werden nicht aufgenommen.	weitgehend
weitgehend gar nicht, der feste Personalstamm ist ohnehin klein. Laienmediatoren mit Beratern, wenige ausgebildete Mediatoren.	ja
meist paritätisch durch Elterrat, Mitarbeiterrat und "Experten" geführt,	bedingt
in erster Linie durch die Angehörigen, die ihrerseits Unterstützung beziehen, dazu kommunale Subventionen	nein
relativ gering	bedingt
alle bis auf eine Sekretärin oder Verwaltungsperson	bedingt
ähnlich, meist nur eine Sekretärin oder Verwaltungsperson nötig.	bedingt
dto., als Berater	ja

4.1.3. Das "Machbare" - Welche Reformmaßnahmen lassen sich in kurzer Zeit in der BRD durchführen?

Wenn die vorangegangenen Überlegungen überzeugen konnten, daß die beiden vorgeschlagenen Organisationsmodelle für kleine Behinderteneinrichtungen einige Vorteile gegenüber den hergebrachten Institutionen bieten, muß nun überlegt werden, welche von den zusammengestellten Kennzeichen dieser beiden Modelle sich mit geringen oder keinen Kosten in die Tat umsetzen lassen und auf längere Sicht vielleicht Gelder einsparen. Kostenersparnis erscheint besonders wichtig, da bereits der gegenwärtige, völlig unbefriedigende Versorgungsstand exorbitant kostspielig zu werden droht, so daß selbst der jetzige Zustand nur gehalten werden kann, indem Jahr für Jahr das Defizit auf die öffentlichen Hände abgewälzt wird. Für nennenswerte Investitionen bleibt daher nicht viel übrig, seien sie sachlicher (Schwimmbad, Werkstattplätze, Umbauten, Renovierungen) oder personeller Art (Stellenplanerweiterungen oder auch nur Ausnutzen des gültigen Stellenplans). Unter dem Gesichtspunkt dieser und einiger anderer Schwierigkeiten können zu den einzelnen Zeilen der vorangegangenen Tabelle einige Überlegungen angestellt werden:

- Die örtliche Lage der bestehenden Einrichtungen kann nicht in kurzer Zeit geändert werden, wahrscheinlich auch langfristig nicht, es sei denn, man entschließt sich, die räumlich geschlossene Groß-Institution zu liquidieren; Baugrund ist außerhalb der Städte vielleicht noch erschwinglich, also gerade da, wo die Einrichtungen nicht stehen sollten, innerhalb der Wohngebiete aber kaum verfügbar.
- An den bestehenden Bauten der Anstalten läßt sich ebenfalls wenig ändern; selbst innere Umbauten (Aufteilung der Säle in Zimmer, Anlage neuer Badezimmer etc.) sind meist so teuer, daß sie einem Neubau gleichkommen. Ein Neubau an gleicher Stelle bringt aber wieder die enormen Abbruchskosten für das alte Gebäude mit sich. Es ist je-

doch nicht einzusehen, weshalb Behindertenbehausungen unbedingt speziell für diesen Zweck und neu gebaut werden müssen. Angemietete Objekte oder Fertigbau-Häuser ermöglichen kostengünstigere Lösungen.

- Damit ist über Räume und Bettenzahl schon das Wesentliche gesagt. Kleine Räume und geringe Bettenzahl pro Raum und Gruppe sind kurz- bis mittelfristig erreichbar, wenn man nicht auf unnötig aufwendigen Neubauten (im Sinne der Quasi-Krankenhäuser) beharrt.

- Für die Neuverteilung der anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auf die Behindertengruppen ist die Kleingruppe Bedingung. Wäsche, Essen, Einkauf etc. umfassen Tätigkeiten, die leicht von Betreuern und Behinderten gemeinsam erledigt werden können, wie das Training zeigte.

- Werkstätten, vor allem Lehrwerkstätten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie müssen sicher auch in kleinen Einrichtungen zur Verfügung stehen, um praktische Tätigkeiten lehren zu können, wo die Behinderung den Besuch der üblichen Ausbildungsstätten ausschließt, und um ein ausreichend breites Beschäftigungsangebot bereitzuhalten (die Langeweile und erzwungene Untätigkeit der Behinderten bei konventioneller Unterbringung ist besonders bedrückend). Gerade darin besteht mit der Zweck der Behinderteneinrichtungen moderner Prägung, die eher Lehranstalten mit Wohnmöglichkeit sein sollen als Wohneinrichtungen mit Lernmöglichkeit.

- Durchaus überflüssig ist es jedoch, etwa eine Sonderschule für Lern- und geistig Behinderte zu betreiben, wenn eine Institution damit nur auf privater Basis die staatlichen Sonderschulen nachahmt. In den USA sind vielerorts die Sonderschulen von Staats wegen sogar in Sonderklassen verwandelt und in normale Schulen verlegt worden, so daß eigene Neubauten für Sonderschüler, vor allem in kleinen und finanzschwachen Gemeinden, wegfallen, von pädagogischen Aspekten abgesehen (vgl. Miller, Budoff,

Gimon, Smith und Greenberg, 1975).
Verantwortung und Kosten für diese Art von Schulbetrieb mag man getrost der Schulbehörde überlassen, die ganz andere finanzielle und personelle Möglichkeiten hat.

- Das Gleiche gilt für die Ausbildung des Anstaltspersonals. Klagen der Einrichtungen, es gäbe kein ausreichendes Angebot an qualifizierten Kräften und keine staatlichen Ausbildungsgänge, die den Aufgaben der Betreuer von Behinderten gerecht würden, können in der gegenwärtigen Situation nicht mehr ernst genommen werden. Erzieher, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und verwandte Berufe kommen besser vorbereitet in die Anstalt als Krankenpfleger und -schwestern und können gut als Mediatoren und schließlich als Supervisoren fungieren. Die Frage geht nicht dahin, wie man trotz Geldnot und Frustration der vorhandenen Mitarbeiter irgendwie doch möglichst viel qualifiziertes Personal in die bestehenden Einrichtungen pumpen kann, wie es Øster, Stone, Adams und Sletved (1975) in einem reichlich kurzsichtigen Beitrag tun, sondern vielmehr, warum die Anstalten mit den Personalmitteln meist so knapp sind, daß die gültigen Stellenpläne gar nicht ausgeschöpft werden können, und warum die vorhandenen Mitarbeiter so frustriert sind. Bei der "hausgemachten" Ausbildung bieten sich Möglichkeiten, das Budget zu entlasten und sich von der Verantwortung zu befreien, optimale Ausbildungsgänge für Behinderte wie für zukünftige Mitarbeiter anzubieten - wahrhaft eine anspruchsvolle Aufgabe.

- Ähnliches gilt auch für die anspruchsvollere medizinische Versorgung. Alle modernen kleinen Behinderteneinrichtungen basieren auf der - schwerlich bestreitbaren - Voraussetzung, daß das Faktum der Behinderung nun einmal geschaffen sei, und daß weitere medizinische Komplikationen und Erkrankungen nicht wesentlich häufiger auftreten müssen als bei Gesunden. Mit Ausnahme der Anfallsleiden brauchen geistige Behinderungen medizinisch nicht weiterversorgt zu werden, und auch diese Versorgung ist nicht

gerade arbeitsintensiv, wenn der Patient erst einmal "eingestellt" ist, d.h. die Dauermedikation gefunden wurde, die nur aus gegebenem Anlaß geändert werden braucht. Ähnliches gilt für Psychopharmaka, etwa Neuroleptika, deren Notwendigkeit ohnehin sehr bestreitbar ist (sie werden bei Hypermotorik, Aggressionsakten und allen möglichen Arten von Verhaltensstörungen gegeben, die direkt und ursächlich auf den Hirnschaden zurückgeführt werden. Diese Symptome sind medikamentös auf die Dauer ohnehin nicht zu unterdrücken; bedenkt man deren Genese aus psychologischer Sicht, so ist das vielleicht noch nicht einmal wünschenswert, weil das Signal im Symptom aus dem Blick geraten könnte). Alle nicht behinderungsspezifischen Erkrankungen können ebensogut oder besser von allgemeinen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten versorgt werden, oder auch von einem angestellten Arzt der Einrichtung. Eine eigene medizinische All-round-Betreuung zu unterhalten oder gar der Anstalt auch noch ein Krankenhaus anzugliedern, hat bestenfalls traditionelle Gründe. Die in den bundesdeutschen Anstalten herrschende Disziplin war und ist die somatische Medizin, und ihre Denkschemata bestimmen wie selbstverständlich die Struktur, obwohl sie zur Frage der Behinderung kaum mehr beitragen kann als eine vorliegende Schädigung zu beschreiben, günstigstenfalls mit Locus und Genese. Nach Lavoxa und Ridler (1975) gelingt in etwa 44 % aller Fälle auch das nicht, so daß nur die Diagnose "Hirnschaden unklarer Genese" bleibt, die wiederum in einem Zirkelschluß aus dem Vorliegen einer Behinderung heraus begründet wird. Die Medizin in Behindertenanstalten ist also verurteilt zur dauernden Kompetenzüberschreitung, da an der Erklärung, Diagnose und Therapie der Behinderung der somatisch definierbare Teil eben nur ein Teil ist, und meist nicht der bedeutsamste.

- Entsprechend ist an den konventionellen bundesdeutschen Anstalten der "Pfleger" eben ein Krankenpfleger bzw. eine -schwester, wie auch die ganze Anstalt als Quasi-Kranken-

haus konzipiert ist. Pädagogisches Personal ist rar und hat meist vor allem Alibi-Funktion; aus dieser Untersuchung soll sogar der Schluß gezogen werden, daß es für die tägliche Versorgung ohnehin nicht nötig ist, eine besondere Ausbildung zu besitzen, solange nur Fachkräfte als Supervisoren und für die differenzierte Arbeit mit Behinderten vorhanden sind. Die Trainingsstation wie auch das community center arbeitet in erster Linie mit Laien.

- Die Rolle der Angehörigen der Behinderten ändert sich wesentlich nur bei Anwendung des community-center-Modells, wo sie Bestandteil der Einrichtung selbst werden. In den übrigen Fällen, auch beim "Reform-Modell", bleibt sie auf gelegentliche Besuche, Urlaube der Behinderten und Spenden beschränkt, obwohl sie wahrscheinlich die denkbar besten Mediatoren abgeben würden. Häufig werden in der Praxis Angehörige nicht gerade zur Teilnahme am Anstaltsleben ermutigt, weil nach Urlauben Behinderte sich gegen die Rückkehr in die Anstalt sträuben oder Angehörige Kritik an der Anstaltspraxis äußern könnten. Auf jeden Fall stehen sie außerhalb und sind nicht Teil des Alltags ihrer behinderten Verwandten. Dies ließe sich jedoch leicht ändern.

- Das Reform-Modell macht sich die drastische Verkleinerung der Gruppen bzw. Stationen zur Aufgabe, wie auch die Durchlässigkeit der Gruppengrenzen (eben weil es sich eher als eine Art Internat oder Wohnheim versteht denn als Krankenhaus); das community-center-Modell schafft konsequenterweise den herkömmlichen Stationsbetrieb ganz ab. Die ausnahmsweise stationär im Center lebenden Behinderten werden von ihren Angehörigen oder denen von "Kollegen" weitgehend versorgt. Entsprechend vereinfacht sich die Verwaltung, je kleiner die Versorgungseinheit wird und je mehr Funktionen die Angehörigen übernehmen. Die konventionelle Großanstalt kann eben wegen ihrer Größe kaum anders als straff hierarchisch organisiert sein; sie ist ein sehr unübersichtliches Gebilde, etwa wie ein großer, differenzierter Industriebetrieb. Die hier beschriebene

Einrichtung hat z.B. rund 1000 Mitarbeiter, von denen typischerweise nur etwa die Hälfte direkt "am" Behinderten arbeiten. Der anfallende Verwaltungs- und Sekundärversorgungsaufwand ist offenbar enorm, eben weil Sparten wie Sonderschule, Personalausbildung, medizinische Krankenhausabteilungen, hauseigene Handwerksbetriebe, Zentralküche, Zentralwäscherei, Spenden- und Lagerwesen und nicht zuletzt die Verwaltung selbst so personalintensiv sind. Dies erzwingt die strikte Trennung in "Management" auf verschiedenen Niveaus (Mitarbeiter ohne direkten Kontakt zu den Behinderten) und "Basis" (Mitarbeiter mit solchem Kontakt), und die zentralistisch-bürokratische Organisationshierarchie. Die "Reform"-Einrichtungen brauchen dagegen keiner Direktor und keine Führungsgremien in verschiedenen Bereichen; zu ihrer Leitung genügt in der Regel ein Dreier-Kollegium, bestehend aus einem Arzt, einem Psychologen und einem Verwaltungsfachmann etwa, das jedoch nur zusammen mit dem Angehörigen-Rat und der Mitarbeitervertretung Befugnis für weiterreichende Entscheidungen hat. Dieses Dreiergremium enthält die einzigen Personen, von Reinmachefrauen abgesehen, die nicht den größten Teil ihrer Arbeitszeit direkt mit Behinderten verbringen. Das community-center-Modell geht häufig noch weiter und überläßt wichtigere Entscheidungen der Versammlung der Angestellten und der Angehörigen, in der die "Experten" kein besonderes Gewicht haben. Umfassendere, einrichtungsübergreifende Verwaltungsakte werden ohnehin aus der Einrichtung ausgelagert und den zuständigen Behörden überlassen. Der Verwaltungsaufwand ist daher so gering, daß er leicht "nebenher" erledigt werden kann; alle Mitarbeiter können praktisch "an der Front" arbeiten, und die Trennung in Mitarbeiter-Schichten, die soziologische Infrastruktur, entfällt.

- Durch all diese Punkte ist implizit auch immer etwas über die Kardinalfrage der Finanzen gesagt. Allen Anzeichen zufolge steigen die Kosten nicht, sondern sinken, je

kleiner und gemeindenäher eine Einrichtung konzipiert ist. Der Beitrag von Roeher (1975) rechnet dies auch vor, ebenso Klee (1974). Generell dürfte der Hauptgrund darin bestehen, daß nur mittelbar versorgungsrelevante Leistungen an den Sozialstaat oder die Gemeinde zurückgegeben werden (wie Personalausbildung, Betrieb einer Sonderschule, Krankenhausversorgung), die aus eigener Kraft ohnehin von den Anstalten meist mehr schlecht denn recht erbracht werden können. Gleichzeitig wird der personalintensive Stationsbetrieb auf ein Minimum reduziert, und die Angehörigen und Betroffenen werden als kostenlose Mitarbeiter eingespannt. Die kostentreibendsten Leistungen und die speziellen Bauten oder Neubauten für die Unterbringung Behinderter erweisen sich als zumindest nicht zwingend notwendig, wenn nicht gar als überflüssig, um Behinderten Lebenshilfen zu bieten, die ihnen erlauben, aus ihren Möglichkeiten noch das Beste zu machen. Konsequenterweise ist es beim community-center-Modell auch so, daß die - auch im englischen Sprachbereich - notorisch finanzschwachen Gemeinden das Center mit Hilfe staatlicher Beihilfen und dem Beitrag, den die Angehörigen für die Betreuung ihres behinderten Verwandten entrichten (und den sie in Härtefällen erstattet bekommen können), finanzieren können, ohne die Kosten auf die Krankenkassen abwälzen zu müssen. Auch bei den "Reform"-Einrichtungen ist zumeist nicht die gesetzliche Krankenversicherung, sondern eine eigens geschaffene Abteilung der Sozialbehörde der Geldgeber, so in den Niederlanden und in Dänemark, denn es handelt sich ja auch nicht um eine primär organmedizinische Versorgung, nicht um Krankenhäuser und nicht um Menschen, die ständiger medizinischer Betreuung bedürfen.

Unter den dargestellten Typen von Behinderten-Einrichtungen scheint das community-center-Modell die meisten Vorteile zu bieten. In der BRD wären für seine Verwirklichung sehr einschneidende Änderungen Voraussetzung, denn es hieße, die häufigste Organisationsform, die einer privatwirt-

schaftlichen, gemeinnützigen Einrichtung, und den Hauptfinanzierungsmodus über das Gesundheitsversorgungs-System aufheben und die Behindertenversorgung in die Zuständigkeit der Gemeinden und die Verantwortung der betroffenen Familien zu überführen. Dies steht nicht nur der Ideologie des Wohlfahrtsstaats entgegen, neben dem Desinteresse der Politiker dürfte auch der Widerstand der Ärzteverbände und der Kirchen als Anstaltsträger sicher sein. Die Chancen dürften daher auf absehbare Zeit in der BRD für das community-center-Modell schwach sein.

"Machbar" erscheint daher eher eine Annäherung an das "Reform"-Modell innerhalb der bestehenden Anstalten, was mit wenig Geld und viel Flexibilität und Improvisationstalent durchaus zu schaffen ist. Vor allem scheint es aber wichtig, bei Vertretern der Anstaltsleitungen wie der öffentlichen Hände die Ansicht zu korrigieren, eine solche Anstalt würde umso billiger und effizienter, je größer sie sei. Allem Anschein nach ist das Gegenteil der Fall, aber der grundlegende Planungsfehler der Zentralisierung und des Ausbaus der bestehenden Einrichtung scheint weiterhin das Denken der Verantwortlichen zu bestimmen.

Zusammenfassend führen diese Überlegungen zu dem Schluß, daß sich nur die räumliche Lage und die grundlegende Organisationsform als öffentlich finanzierte staatliche oder privatwirtschaftlich-gemeinnützige "non-profit"-Unternehmen der bestehenden Behindertenanstalten wohl in absehbarer Zeit nicht werden verändern lassen. In vielen Bereichen sind jedoch zumindest Annäherungen an das Reform-Modell ohne weiteres zu erreichen, aber immer unter der Voraussetzung der "Schrumpfung" der Einrichtungen, d.h. ihrer Aufteilung. Keine der erörterten Reformmaßnahmen ist unmittelbar kostenintensiv, die meisten sind unmittelbar kostensparend. Mittelbar sind alle diese Maßnahmen kostensenkend.

Der nächste Abschnitt befaßt sich konkreter mit solchen Annäherungsversuchen und mit den Vorschlägen, die der be-

troffene Dachverband eines Teils der bundesdeutschen Einrichtungen selbst zu diesem Zwecke vorgelegt hat; diese Vorschläge werden im Hinblick auf die eben geführten Überlegungen und auf die in der Untersuchung gewonnenen Erfahrungen dann erörtert werden.

4.2. Die selbstgesteckten Ziele der Anstalten: Vergleich des Ist-Zustands mit dem Soll-Zustand

Interessant ist nach den dargestellten Überlegungen jetzt der Vergleich mit den Plänen, die die bundesdeutschen Behinderteneinrichtungen selbst für ihre Zukunft entwickelt haben. Der Dachverband der evangelischen Behinderteneinrichtungen in Deutschland, dem auch die hier näher beschriebene Anstalt angehört, hat seine Zielvorstellungen in einer Broschüre zusammengefaßt, im folgenden "Empfehlungen" genannt (Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte: Empfehlungen ....., 1974).

Diese selbstgesteckten Ziele des Dachverbands sind in eine Reihe von Soll-Zahlen gefaßt, die keinerlei Verbindlichkeit für die Verbandsmitglieder haben, sondern eben Empfehlungen sind, wie schon der Titel ausweist, oder Absichtserklärungen. Die "Empfehlungen" stellen, wo sie konkret werden, eine reine Zahlensammlung dar, machen also keinerlei Aussagen über Organisationsformen und Machtstrukturen. Anders ausgedrückt: sie stellen das hergebrachte Konzept der konventionellen Anstalt mit keinem Wort in Frage. Der in den "Empfehlungen" ins Auge gefaßte erwünschte Endzustand der Einrichtungen wäre sicher nicht das, was hier als das "Reform-Modell" bezeichnet wurde, sondern eine Großeinrichtung herkömmlicher Art mit erheblich vergrößertem Personalaufkommen und sozusagen runderneuerter Baumasse. Neu- und Umbauten machen jedoch ebensowenig selbst schon eine bessere Versorgung wie ein erweiterter Stellenschlüssel. Die "Empfehlungen" gehen jedoch davon aus, der Anstaltsmisere sei durch Veränderung der Quadratmeterzahlen und der personellen Besetzung beizukommen, möglicherweise durch gleichzeitiges Erweitern des Beschäftigungs- und Ausbildungs-

angebots und durch Verringern der Gruppengröße. Das bedeutet, der Grundgedanke ist immer wieder der einer Vermehrung der Ressourcen (also gerade das, was als kaum realistisch bezeichnet wurde angesichts der Finanzlage der öffentlichen Hände), während die Möglichkeit struktureller Änderungen kaum gestreift wird. Die Forderung der Vermehrung der Ressourcen ist enthalten in ausdrücklich genannten Aufgaben wie der Bereitstellung von Berufsausbildungen für Fachkräfte, von Sonderschulen und Sonder-Berufsschulen für Behinderte neben einer Vielzahl von Therapien; der Dachverband stellt sich offensichtlich nicht die Frage, ob er für diese Ausbildungsangebote verantwortlich sein müsse, oder ob er sich sozialstaatliche Verpflichtungen aufladen lasse bzw. bereitwillig an sich ziehe. Ganz pauschal werden in den "Empfehlungen" einige Modernisierungsansätze erwähnt, die auch Umstrukturierungen bedeuten würden, allerdings nicht im Sinne der Veränderung von Machtstrukturen oder von Verkleinerung, sondern im Sinne einer Erweiterung des Angebots: es ist von Einzelwohnungen und Wohngruppen die Rede, von der Einrichtung einer Erziehungsberatungs-Stelle für Angehörige, damit auf diese Weise der Kontakt zu Gemeinde und Familie gefördert und ambulante Versorgung geleistet werden könne. Das Anti-Ghetto-Denken hat also offenbar ein Plätzchen gefunden, wenn auch praktikable, konkrete Überlegungen noch ausbleiben. Es findet einen Ausdruck auch in dem Wunsch, Anstalten sollten zukünftig nicht mehr als maximal 600 Betten umfassen. Das ist leicht gesagt und schwer getan - wo soll man mit den übrigen 600 oder gar mehrmals 600 Betten bleiben, die viele Anstalten jetzt noch versorgen (abgesehen davon, daß 600 Betten immer noch viel zu viele sind)?

Die "Empfehlungen" denken also nur daran, den Leistungskatalog der Anstalten noch zusätzlich zu verbreitern (statt ihn zu verkleinern) und gleichzeitig die Kapazitäten zu erhöhen. Darauf und auf die Vermehrung von Räumen und Personal beschränkt sich jedoch auch der reformerische Einfallsreichtum. Kurzsichtig (wenn sie nicht allein reforme-

rische Alibi-Funktion haben) erscheinen die Empfehlungen schon deshalb, weil die Kernfrage gar nicht erst gestellt wird, nämlich wer die Kapazitäts- und Leistungserweiterungen finanzieren soll. Dies dürften nicht die Träger der Anstalten sein, soweit sie konfessionell gebunden sind, denn sie sind in dieser Eigenschaft keineswegs auch die Kostenträger. Die Kostenbeteiligung der konfessionellen Träger ist vielmehr gering; der Löwenanteil der Finanzierung wird in der einen oder anderen Form letztlich von den öffentlichen Händen bestritten (zu denen hier auch die Krankenkassen gerechnet werden). Das bedeutet, es wird als selbstverständlich vorausgesetzt, daß die ohnehin enormen Kosten durch Vermehrung der Ressourcen noch weiter steigen müssen - und daß die öffentlichen Hände diese Mehrkosten auch tragen werden.

Auf einen einfachen Satz gebracht: Private Träger planen oder fehlplanen nach eigenem Gutdünken, tragen aber nur verbal die Verantwortung dafür, da die Öffentlichkeit in der einen oder anderen Form ohnehin zum größten Teil die Kosten dafür trägt, die ihrerseits auch keine Rechenschaft verlangt; eine Kontrolle über den Einsatz dieser Gelder findet im wesentlichen nicht statt.

Soviel zum allgemeinen Gehalt der "Empfehlungen"; um etwas konkreter zu werden, wo auch die Broschüre konkreter wird, sollen die Richtzahlen der "Empfehlungen" mit den entsprechenden Werten verglichen werden, die sich faktisch in der hier untersuchten Einrichtung fanden. Diese "Ist"-Zahlen beziehen sich auf die sechs näher untersuchten Stationen, die die Versuchspersonen beherbergten und beobachtet wurden, nicht auf die Einrichtung als Ganzes. Dennoch dürften diese Werte gut auf die gesamte Einrichtung generalisiert werden dürfen, da nur drei von den sechs Stationen "alte Stationen" sind, d.h. in alten Gebäuden untergebracht und nicht völlig umgebaut. Zwei Stationen sind im erwähnten, neu erbauten Hochaus untergebracht, eine weitere wurde verkleinert und völlig umgebaut. Es kann also nicht argumentiert werden, es seien zum Vergleich ge-

rade die reformbedürftigsten Abteilungen herangezogen und die bereits modernisierten gezielt außer Acht gelassen worden.

4.2.1. "Ist"-Zustand vs. "Soll"-Zustand: Vergleich einiger in den "Empfehlungen" angegebener Kennzahlen

Eine quasi-tabellarische Gegenüberstellung der Angaben dürfte wieder am übersichtlichsten sein.

Soll-Zustand lt. "Empfehlungen"	Ist-Zustand
Pflegeschlüssel für Schwerbehinderte: 1 zu 1.5 (=100%)	1 zu 5 (also knapp 30% vom Sollwert)
Gruppengröße: zwischen 5 und 12 Personen, bei Schwerbehinderten maximal 10	durchschnittliche Gruppengröße: 32.5 (N=195/6)
Notwendige Räume pro Gruppe: 2 Wohnräume 2 oder mehr Schlafräume, aber nicht mehr als 4 Pers. pro Schlafraum Hobbyraum Dienstzimmer Besuchszimmer Abstellraum Lagerraum dazu möglichst noch ein Einzelzimmer	Solche Räume stehen nur auf Neubau-Stationen annähernd zur Verfügung, aber für Gruppen, die mindestens dreimal so groß sind wie empfohlen; für die Altbaustationen gibt es noch Tages- und Schlafsaal. Ein Hobby-Raum ist nirgends vorhanden.
Gruppenküche, um Behinderte an Koch- und Hausarbeiten teilhaben zu lassen	Zentralküche
Individuelle Waschgelegenheiten statt Gemeinschaftsbad	Gemeinschaftsbad auch in Neubauten
1 Waschbecken auf 2 Behinderte 1-2 Badewannen auf Gruppen von maximal 10 Personen	2-3 Waschbecken und 1-2 Badewannen auf Gruppen von durchschnittl. 32.5 Personen
Ausdrücklich genannte Erziehungsziele für Schwerbehinderte: -Größtmögliche Unabhängigkeit von Pflege, -Sehr intensive persönliche	Zu diesen Punkten ist der tatsächliche Zustand im Hauptteil 1 ausreichend gekennzeichnet

Soll-Zustand lt. "Empfehlungen"	Ist-Zustand
Zuwendung, -Planmäßige und stetige Übungen, die nur einzeln oder in Kleingruppen möglich seien, -Verhinderung von Isolierung und Mangel an Anregungen	
Alle Mitarbeiter im pflegerischen oder pädagogischen Bereich müssen außer ihrer Grundausbildung "in der Regel" eine entsprechende ergänzende Ausbildung besitzen	Wenn mit "Grundausbildung" eine pädagogische gemeint ist, hat niemand eine, ganz zu schweigen von einer spezifischen Zusatzausbildung. Die Notwendigkeit solcher Ausbildung wird hier jedoch bezweifelt

Derselbe Vergleich zwischen den Richtzahlen der "Empfehlungen" und den faktisch vorgefundenen ist auch interessant für die bloße Quadratmeterzahl an "Lebensraum" für jeden Behinderten: Die "Empfehlungen" schreiben für Schwerbehinderte Gruppen von 5 bis 10 Personen vor, wobei pro Patient nicht weniger als 7 qm Wohnraum und 8 qm Schlafraum zur Verfügung stehen sollen, insgesamt also mindestens 15 qm Fläche pro Patient. Dazu soll für jede Gruppe noch eine Küche von mindestens 12 qm vorhanden sein, ebenso ein Badezimmer, Toiletten, Nebenräume und Dienstzimmer, über deren Fläche keine Aussagen gemacht werden (veranschlagen wir das Dienstzimmer vorsichtig mit ebenfalls 12 qm, die übrigen Funktionsräume mit insgesamt 30 qm - wobei alles reichlich eng wäre). Pro Zehnergruppe hieße das:
Aufenthaltsraum-Bedarf von 10 x 15 qm, also 150 qm, dazu 2 x 12 qm für Küche und Dienstzimmer und 30 qm für Bad, Toilette und Nebenräume; insgesamt ergäbe sich ein Raumbedarf von 204 qm bzw. 20.4 qm pro Patient, wenn schon die höchste vorgesehene Gruppenfrequenz und ein sehr knapp bemessener Raum zugrundegelegt werden. Die tatsächlichen Verhältnisse im Vergleich dazu gibt die folgende Aufstellung wieder:

Station	Nutzfläche	N d. Patienten	Anteil pro Patient
33/35	392.6 qm	45	8.72 qm
29/31	302.9 qm	23	13.17 qm
55/57	915.1 qm	42	21.79 qm
17	201.7 qm	13	15.52 qm
41 bis 47	633.7 qm	72	8.80 qm
insgesamt	2446.0 qm	195	12.54 qm
Lt. Empfehlungen	3978.0 qm	195	20.4 qm

Die Zahlen zeigen, daß nur eine neuerbaute Station den als notwendig erachteten Raumerfordernissen entspricht. Weit mehr als die Hälfte der Patienten (117 von 195) lebt dagegen auf Stationen, die ihnen noch nicht einmal die Hälfte des schon zurückhaltend geschätzten Raumbedarfs bieten.

Eine ähnliche Aufstellung soll noch für die Anzahl der Toiletten angefügt werden, weil dies auf der Trainingsstation natürlich von besonderem Interesse war. Nach den "Empfehlungen" sind im ungünstigsten Fall einer Zehnergruppe für Schwerbehinderte mindestens 3 Toiletten erforderlich, davon eine für zusätzlich Körperbehinderte.

Station	N Toiletten	N Patienten	$\frac{\text{N Pat.}}{\text{N Toil.}}$	N Toil. -Soll	$\frac{\text{N Pat.}}{\text{N Toil.}}$ - Soll
33/35	10	45	4.5	13.5	3.33
29/31	6	23	3.83	6.9	3.33
41/43	6	36	6	10.8	3.33
45/47	4	36	9	10.8	3.33
55/57	9	42	4.66	12.6	3.33
17	2	13	6.5	3.9	3.33
insgesamt	37	195	5.27	58.5	3.33

Es zeigt sich, daß die Sollzahl an Toiletten auf einer Station erreicht, auf dreien aber um etwa die Hälfte unterschritten wird. Gezählt wurden natürlich nur die Toiletten, die tatsächlich den Patienten zur Verfügung stehen, nicht

die Angestelltentoiletten. Insgesamt wird die Sollzahl an Toiletten um mehr als ein Drittel unterschritten.

4.2.2. Vergleich mit den auf der Trainingsstation gemachten Erfahrungen

Soweit möglich, sollen jetzt die Richtzahlen der "Empfehlungen" in Beziehung gesetzt werden zu den entsprechenden Größen, wie sie sich auf der Trainingsstation fanden, um anhand der dort gesammelten Erfahrungen abschätzen zu können, wieweit die in den Empfehlungen angestrebten Verhältnisse eine Arbeit wie auf der Trainingsstation wohl erlaubten.

- Pflegeschlüssel: Er errechnet sich bei 7 Trainees und 2 x 2 Mediatoren und der Küchenkraft auf der Trainingsstation auf 7/5 Personen, also auf ein Verhältnis von 1 zu 1.4. Läßt man die Küchenkraft weg (was üblich ist, da sie keine pflegerischen oder pädagogischen Aufgaben wahrnimmt), so erniedrigt sich der Schlüssel auf 1 zu 1.75. Die Schlüsselzahl der "Empfehlungen" war auf der Trainingsstation also erfüllt; der Untersucher hatte den Bedarf ebenso eingeschätzt wie die Autoren der Empfehlungen (die zum Zeitpunkt der Versuchsplanung noch nicht erschienen waren). Dabei ist zu beachten, daß bei der Planung des Trainings keine Rücksicht auf Wochenenden, Urlaub oder Krankheit genommen wurde, da alle Mediatoren an jedem Trainingstag arbeiteten. Andererseits zeigte die Erfahrung im Training, daß vier Mediatoren nur an den ersten Tagen reichlich beschäftigt waren; im Übrigen sind 4 Personen auf 7 Behinderte auch dann reichlich bemessen, wenn pädagogische Sonderaufgaben anliegen und der geforderte intensive persönliche Kontakt mit den Patienten verwirklicht wird. Für die Praxis bereits bestehender Gruppen, die keine Anlaufschwierigkeiten haben und bereits hinreichend selbständig sind, wäre diese Betreuerzahl wohl angemessen, weil dann genug Spielraum für Wochenenden, Urlaube etc. bliebe. Die Stellenzahl müßte allerdings er-

weitert werden, wenn die Gruppe der Schwerbehinderten etwa von 7 auf 10 vergrößert würde (die Überlegungen hier und im Folgenden beziehen sich immer auf den Fall, daß die Patientengruppe sich aus Schwerbehinderten zusammensetzt).

- Gruppengröße: Auch hier trifft sich der Erfahrungswert, daß sich eine Gruppengröße von 7 für die Trainingsbedingungen als geeignet erwiesen hatte, mit den Richtzahlen, die zwischen 5 und 10 Personen für eine Gruppe empfehlen. Für die Durchführung pädagogischer Sonderaufgaben hatte sich eine 10er-Gruppe allerdings als etwas zu groß erwiesen, jedenfalls in den ersten Tagen, wie die Voruntersuchung gezeigt hatte.

- Raumbedarf: Ein Blick auf den Grundriß der Trainingsstation zeigt, daß die veranschlagte Raumzahl der "Empfehlungen" ungefähr erfüllt war. Die beiden Schlafräume wurden auch tags zum Aufenthalt genutzt, ebenso der - unnötig geräumige - Korridor. Daneben stand noch ein fast leerer Raum als Spiel- oder Hobbyraum zur Verfügung. Die Schlafräume waren mit 3 bis 4 Personen belegt. Abstell- und Lagerraum waren verfügbar, Dienst- und Besucherzimmer ebenfalls (räumlich von der eigentlichen Trainingsstation getrennt und deshalb nicht im Aufriß wiedergegeben). Die Trainingsstation war in einer leeren Station des neuerbauten Hochhauses untergebracht, die für viel größere Gruppen konzipiert war, so daß zwei weitere Schlaf- oder Tagesräume ungenutzt blieben und nicht eingezeichnet sind. Belegte man jedoch die ganze Station mit zwei Trainingsgruppen, hätten mit Sicherheit weder Küche noch Bad noch Toiletten ausgereicht. Bei der Belegung einer so großen Station mit nur einer Gruppe andererseits wurde viel wertvoller Raum nicht genutzt. Die empfohlenen gut 20 qm Nutzflächenanteil pro Patient waren auf diese Weise sicher übererfüllt.

- Gruppenküche: Die vorhandene Küche wurde möglichst weitgehend genutzt, um Patienten mit zu ihrer eigenen Versorgung heranzuziehen und sie so zu beschäftigen und anzulei-

ten. Gekocht werden konnte nicht; die Aktivitäten blieben auf Geschirr abtrocknen, Brote belegen, Essenskübel oder Wäschesäcke holen und wegtragen etc. beschränkt. Die Küche, dimensioniert wie eine gewöhnliche Neubauküche, erwies sich auch bei einer Kleingruppe von 7 Patienten als viel zu eng.

- Bad und Toilette: Es standen drei Toiletten für 7 Patienten zur Verfügung, und für das Sauberkeitstraining wurden sie auch sozusagen "voll ausgelastet". Zumindest für die Spezialaufgabe des Toilettentrainings hätten es nicht weniger Toiletten sein dürfen. Die Sollzahl der "Empfehlungen" war auf der Trainingsstation also übererfüllt; die Richtzahl scheint etwas knapp angesetzt, solange die Toilettenbenutzung noch nicht adaequat beherrscht wird. Die drei Toiletten waren auch nur verfügbar, weil die eine eigentlich für die Betreuer reservierte Toilette ebenfalls den Patienten zur Verfügung gestellt wurde. Da im Neubau so für eine Großstation nur zwei Toiletten eingeplant sind, ist das eindeutig zu wenig.
  Es stand nur eine Badewanne zur Verfügung sowie nur je ein Waschbecken in Bad und Toilette. Beides erwies sich selbst für eine 7er-Gruppe als viel zu wenig; die vorhandene zusätzliche Duschkabine mußte zum TO-Raum umfunktioniert werden. Von den geforderten individuellen Waschgelegenheiten konnte also auch bei neuerbauten Räumen keine Rede sein.

Aus diesen konkreten Erfahrungen wurde klar, wie sehr die Planung des Neubaus, der die Investitionsmöglichkeiten der Einrichtung auf Jahre hinaus verbraucht hat, an den Bedürfnissen vorbeiging. Solche Bauten dürfen sicher nicht den Architekten allein überlassen werden; andererseits muß den Architekten klar gesagt werden, was nötig ist. Da aber ganz detaillierte Pläne und Vorschläge für Schwerbehinderten-Gruppen-Wohnräume vorliegen (z.B. die zitierte Arbeit von Dondorp, Costenoble et al.), ist das gedankenlose Verbauen der knappen Gelder in ziemlich ungeeigneten Quasi-Krankenhäusern kaum entschuldbar.

- Was die in den "Empfehlungen" genannten Ziele speziell bei der pädagogischen Betreuung Schwerbehinderter angeht (intensive Zuwendung, größtmögliche Unabhängigkeit von Pflege, planmäßiges Üben einzeln oder in Kleingruppen, Verhindern von Isolierung und Anregungsmangel), so sind diese Ziele eigentlich eine Umschreibung der Mediatoren-Instruktion. Deren Konkretheit fehlt dem Text der Empfehlungen allerdings, die sich auf das bloße Aufzählen dieser Ziele beschränken. In der allgemeinen Form ist dergleichen leicht deklamiert, im Alltag dann aber weniger leicht mit konkretem Inhalt zu füllen. Einige Hinweise dafür sind in den Trainingserfahrungen jedoch enthalten. Vom Inhalt her sind die genannten Ziele der "Empfehlungen" sicherlich nachdrücklich zu unterstützen.

- Zum Thema "Spezielle Ausbildung der pädagogischen und pflegerischen Mitarbeiter" soll wegen der großen Bedeutung in den folgenden Abschnitten noch Genaueres ausgeführt werden. Der Übersicht halber sei soviel vorab gesagt: weder im pflegerischen (i.e. krankenpflegerischen) noch im erzieherischen Bereich scheint eine spezielle Ausbildung zwingend nötig, wenn vielleicht auch wünschenswert, um erfolgreich mit Schwerbehinderten zu arbeiten und zu leben. Laien-Mediatoren erreichen unter Supervision fast die gleichen Ergebnisse wie besser geschulte; andererseits zeigte die Beobachtung im Hauptteil 1, daß faktisch gerade die pflegerischen Tätigkeiten ohnehin von pflegerisch wenig bis gar nicht ausgebildeten Personen abgewickelt werden statt von den "Vollpflegern" mit Krankenpflege- oder Krankenpflegehilfe-Ausbildung (wobei der sachliche Zusammenhang ohnehin locker ist, denn die Ausbildung zielt auf den akut hilfsbedürftigen Patienten eines allgemeinen Krankenhauses, nicht auf den Behinderten. Anders ausgedrückt: Wozu braucht ein Mediator Kenntnisse über die Seuchengesetzgebung oder Gammaglobuline?). Daß der Ausbildungsstand des Personals immer weiter angehoben werden müsse, etwa durch Kurse und Vorträge, daß die Mediatoren also zukünftig viel theoriekundiger werden

müßten, um Behinderte adaequat betreuen zu können, wird offenbar von niemandem mehr bezweifelt (außer vom Autor). Theoretische Kenntnisse, auch wenn sie direkt relevant sind wie etwa solche in Verhaltensmodifikation, scheinen weitgehend entbehrlich. Konkrete Supervision und Demonstrationen in der echten Situation im Sinne von microteaching sind sicher ökonomischer als Kurse in theoretischer Verhaltensmodifikation (von Information etwa über die Kretzschmersche Typologie ganz zu schweigen) und allein hilfreich für die Betreuer "an der Front".

Zusammenfassung: Bei einem Vergleich zwischen einigen Zahlen, die den Soll-Zustand einer Behinderten-Einrichtung nach Ansicht des eigenen Dachverbandes und dem Ist-Zustand auf den beschriebenen sechs Stationen zeigten sich sehr große Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Selbst neu erbaute, angeblich nach den neuesten Erkenntnissen konzipierte Stationen erwiesen sich bei näherer Betrachtung als vom Konzept her längst überholt und nur ganz bedingt brauchbar für die Zwecke, denen sie dienen sollen. Andererseits liegen die "Empfehlungen", soweit sie nur konkret genug sind, um den Vergleich zu erlauben, und die aus den Erfahrungen des Trainings gefolgerten Notwendigkeiten in den meisten Fällen ganz dicht beieinander, obwohl die "Empfehlungen" erst nach Abschluß des Trainings erschienen. Konkrete Hinweise für Planungen und Umbauten liegen nicht nur vor, sondern sind auch praktisch durchgespielt worden, soweit es die Binnenstruktur einer Gruppe bzw. Station betrifft. Es wurde die Meinung vertreten, daß jedoch die Schaffung einer wünschenswerten Binnenstruktur in kleinen Gruppen zum einen nur eine Teilreform wäre, zum anderen aber wieder weitreichende Konsequenzen in vielen Bereichen (z.B. Finanzierung, Kompetenzstrukturen, Trägerschaft, Anthropologie des Behinderten, implizite Ideologie der Einrichtungen) hätte. Diese Implikationen werden in der Regel bei solchen Überlegungen nicht mitdiskutiert, auch nicht in den "Empfehlungen", weshalb solche Planungsbemühungen als recht kurzsichtig und ober-

flächlich bezeichnet wurden. Das Problem der Anstalten scheint nicht eins der Vermehrung der Ressourcen zu sein; es ist vielmehr wahrscheinlich, daß die Kosten allein dadurch zu senken sind, daß andere Prioritäten und Aufgabenstellungen geschaffen werden, unnötige Anstrengungen und Leistungen der Einrichtungen verhindert werden.

Soweit die Folgeüberlegungen für die Organisation einer Behinderten-Einrichtung; sie wollen Denkanstoß sein, nicht Ersatz für eine präzise betriebswirtschaftliche Kalkulation, die ja auch nicht Aufgabe einer psychologischen Untersuchung ist. Deshalb sollen die abschließenden Überlegungen "pro domo" sein und sich mit Aspekten der angewandten Psychologie in der Behindertenversorgung befassen.

4.3. Die Rolle der Psychologie in Behinderten-Einrichtungen und in der Behinderten-Versorgung

Anders als in den nordeuropäischen Nachbarländern und im angelsächsischen Sprachraum hat die Psychologie in der BRD im Behindertenwesen noch kaum Fuß gefaßt. Die meisten großen Einrichtungen mit hunderten oder gar tausenden von Betten beschäftigen nur wenige (wenn überhaupt) Psychologen. Sehr viel mehr Psychologenstellen haben allerdings auch fortschrittliche Einrichtungen in anderen Ländern nicht zur Verfügung, dennoch spielt dort die Psychologie eine andere und größere Rolle. Daß der einzelne Behinderte in einer Institution intensiv und regelmäßig von einem Psychologen behandelt würde, ist angesichts der Relation zwischen Bedarf und vorhandenen Psychologenstellen keine praktikable Konzeption, zudem wäre es eine Verschwendung kostspieliger Psychologen-Arbeitszeit, wollte er unnötigerweise selbst alle Routine-Trainings durchführen. Das Mediatoren-Konzept ist offenbar die Antwort darauf. Die bloße Ausweitung des Stellenplans für Psychologen würde daher, wenn die Einrichtung unverändert bleibt, unter bundesdeutschen Verhältnissen wohl kaum etwas anderes erbringen als eine weitere Aufblähung der Personalkosten. Auch sind die knapp bemessenen Psychologenstellen

in der Behinderten-Versorgung keine Erklärung dafür, daß Psychologen sich bisher in diesem Feld kaum sehr hervorgetan haben und deshalb auch faktisch so gut wie keinen Einfluß auf den Alltag der Institutionen ausüben. So findet sich in der BRD wohl kaum ein Anstaltspsychologe mit nennenswerten Befugnissen oder gar direktorialer Kompetenz; der Psychologe dient eher dahzu, durch bloßes Vorhandensein die Progressivität und Aufgeschlossenheit der betreffenden Einrichtung zu beweisen.

Für diese Einflußlosigkeit sind sicher mehrere Gründe verantwortlich:
(a) Die Einrichtungen gehen von einer impliziten Vorstellung vom Behinderten und seiner Versorgung aus, in der die moderne Verhaltenspsychologie kaum einen Platz hat, wie weiter oben schon angedeutet; in der Regel steht dahinter eine einseitig medizinisch-somatische Definition der Behinderung, die bezüglich der Therapierbarkeit der Folgen sehr skeptisch ist und Anstaltsartefakte im Verhalten gern mit direkten Auswirkungen des somatischen Schadens verwechselt (z. B. Selbstbeschädigung, inadaequates Toilettenverhalten etc.), so daß niemand ein schlechtes Gewissen zu haben braucht oder sich verantwortlich vorkommen muß, wenn gravierende Verhaltensprobleme auftauchen, da diese eben hinzunehmende Folgen des Hirnschadens sein sollen und nicht Reaktionen auf frustrierte Bedürfnisse. Folglich ist die Behindertenversorgung auch adaequat, solange sie für die nötigen leiblichen Bedürfnisse sorgt. Es ist dann nur konsequent, wenn Therapie mit Beschäftigung verwechselt wird, also dem Abspulen bereits beherrschter Teile des Verhaltensrepertoires statt dessen Erweiterung. Die sog. "Beschäftigungstherapie" dient übrigens häufig wirklich dem Neulernen von Reaktionen, meist im feinmotorischen Bereich, durch Anleitungen zum Basteln oder Malen; das eben Gesagte gilt eher für die sog. "Arbeitstherapie", der das Beiwort "-therapie" in der Regel nicht zukommt, weil es sich um Tätigkeiten handelt wie etwa das Eintüten von Postkarten, Falten von Schachteln oder

Etikettieren von Flaschen, also um Handgriffe, die stereotyp wiederholt werden müssen und an Monotonie kaum zu übertreffen sind. Kurz: die Einrichtungen haben meist in ihrer Ideologie den einseitigen und veralteten Wissensstand der Schulpsychiatrie zu dem Thema "Was bedeutet geistige Behinderung?" integriert; die Möglichkeiten, Verhalten zu ändern und neu aufzubauen, haben bislang kaum Eingang in dieses theoretische Gebäude gefunden. Das Problembewußtsein erstreckt sich konsequenterweise in der Regel nur auf Sorgen über Personal- und Raumknappheit, nicht etwa auf kritisches Sichten der eigenen unausgesprochenen Vorstellungen und Arbeitsvoraussetzungen.

(b) Konsequenterweise werden auch die bestehenden bundesdeutschen Einrichtungen in der Regel von Psychiatern, Verwaltungsfachleuten, Theologen oder Personen, die einfach "Erfahrung" besitzen, also seit vielen Jahren an einer Einrichtung tätig sind, geleitet; d.h. von Personen, die von Lernen und Verhalten bestenfalls bruchstückhaftes und unsystematisches Wissen besitzen, und die das Bestehende schon einfach deshalb verteidigen müssen, weil sie sich seit Jahrzehnten dafür eingesetzt und ihm ihre Arbeitskraft gewidmet haben, so daß es sie emotional tangiert, wenn daran Kritik geäußert wird. Diese vorwissenschaftliche Anthropologie des Behinderten, meist theologisch-vulgärpädagogisch gefärbt aus traditionellen Gründen, hat ihrerseits die Tradition geprägt, in der die Einrichtungen stehen. Die Beiträge der Psychologie zum Wesen geistiger Behinderungen und zu Fragen behindertenspezifischer Verhaltensstörungen aus den beiden letzten Jahrzehnten stellen diese implizite Behindertenanthropologie und damit auch die Versorgungstradition energisch in Frage. Das bedeutet, daß diese Aussagen schwerlich als willkommene Hilfe begrüßt, sondern eher als Bedrohung erlebt werden dürften. Die Psychologie wird daher in bundesdeutschen Einrichtungen noch mehr Widerstände überwinden müssen als nur die immanente Systemträgheit gegenüber Veränderungen, bevor sie wirklich Einfluß auf

Entscheidungen von Belang gewinnt (also auf Entscheidungen nicht nur "innerpsychologischer" Art).

(c) Andererseits und gleichzeitig hat sich die Psychologie auch bisher kaum angeboten, Hilfen zu geben und Probleme im Behindertenwesen zu lösen. Soweit sie sich überhaupt selbst darstellt, ist sie in ihrer Selbstdarstellung oft nicht überzeugend; theoretische Belehrung über Grundgesetze des Verhaltens und abstrakte Kritik am Anstaltswesen von psychologischer Seite werden von den Verantwortlichen in den Einrichtungen verständlicherweise häufig als praxisfern, utopisch, besserwisserisch oder auch als unerwünschte Einmischung und theorieverbrämte Nörgelei empfunden. Psychologen in Anstalten sind sicher gut beraten, sich nicht als neunmalkluge Theoretiker darzustellen, sondern erst einmal zu beweisen, daß sie Alltagsprobleme oft sachgerechter zu lösen imstande sind, als das ohne ihre Hilfe möglich wäre, und dabei möglichst wenige kritisch-theoretische Worte machen, bevor sie nicht die Tragfähigkeit ihrer Methoden nachgewiesen haben. Ein Beitrag in dieser Richtung sollte die vorliegende Untersuchung sein.

(d) Schließlich befaßt sich bisher die Schulpsychologie in der BRD so gut wie gar nicht mit Behindertenfragen, wenn damit die psychologische Ausbildung und das Lehrangebot der Universitäten gemeint ist. Der Ort dafür wären ohne Zweifel die Lehrstühle für Klinische Psychologie, aber dort wird der interessierte Psychologe schwerlich eine Lehrveranstaltung finden, die sich mit Behinderten befaßt, zumal mit stationär untergebrachten. Auch indirekte Hilfen im Sinne der Bereitstellung brauchbaren theoretischen "Handwerkszeugs" werden nur sporadisch angeboten (obwohl potentiell verfügbar). Der Mangel an moderner Literatur zur Psychologie der Behinderungen aus dem deutschen Sprachraum ist nur konsequent, ebenso wie das Fehlen brauchbarer Testverfahren (mit der Ausnahme der "Testbatterie für geistig Behinderte" (TBGB) von Bondy, Eggert et.al., die jedoch eine verkappte Leistungsbatterie darstellt und allenfalls für Fragen der

Sonderschul-Leistungsfähigkeit relevant ist). Selbst auf theoretisch-abstraktem Niveau gibt es fast keine systematischen Untersuchungen auf diesem Gebiet in der BRD, ganz zu schweigen von direkt praktisch relevanten. Kurz, ein Psychologe, der in der stationären oder ambulanten Behindertenbetreuung tätig werden will, wird nicht nur nicht auf diese Aufgabe in seiner Ausbildung vorbereitet, sondern auch hinterher von der Schulpsychologie im Stich gelassen, wenn er sich auf die Suche nach hilfreicher Literatur, nach Testverfahren und klärenden Theorien macht. Das ist umso beschämender, als all das durchaus seit Jahren im Druck vorliegt, allerdings unübersetzt, unbekannt und meist nur unter Schwierigkeiten zu beziehen.

(e) Dazu kommt noch, daß diejenige psychologische Disziplin, die am meisten über das Wesen und die Definition der Behinderung aussagen kann, das Stiefkind der psychologischen Abteilungen der deutschen Universitäten ist, nämlich die Entwicklungspsychologie. Das gilt sogar da, wo es um die Klinik hirnorganisch gesunder Kinder geht. Die Entwicklungspsychologie ist deshalb hierzulande noch nicht einmal ansatzweise für die Diagnose und Therapie der Retardierungen fruchtbar gemacht worden. In ausländischen Publikationen geschieht gerade das seit Jahren bzw. Jahrzehnten. Das grundlegende Buch von Inhelder (1968) ist in der ersten Auflage immerhin 1943 erschienen, aber bis heute lediglich ins Englische übersetzt.

Damit ist grob skizziert, was die Psychologie von ihrem modernen Instrumentarium her können könnte, also was für Aufgaben und Leistungen sie anbieten und auch beanspruchen sollte:

- Früherkennung von Retardierungen,
- Frühbehandlung von Retardierungen,
- Beseitigung von Verhaltensstörungen und Ausbau des Verhaltensrepertoires bei Behinderten,
- damit verbundene betriebspsychologische Fragen in Anstalten und Heimen.

Diese Punkte müssen noch etwas erläutert werden:

- Früherkennung von Retardierungen: Die Möglichkeiten hierfür sind heute durchaus gegeben. Bereits im ersten Lebensjahr sind nicht nur körperliche Schäden, sondern auch Verhaltensdefizite, motorische, sensorische und perzeptorische Ausfälle durch geeignete klinische Prüfverfahren sichtbar zu machen, die nicht ohne weiteres ins Auge springen. Solche Verfahren liegen vor und verhelfen im Idealfall zu der Möglichkeit, Retardierungen fast prophylaktisch oder mit bisher unbekannter Effizienz zu behandeln, also eine echte Kausaltherapie zu betreiben. Die Prüfverfahren werden testähnlicher und genügen eher den gängigen methodischen Ansprüchen, wenn sie auf 2- bis 3jährige Kinder angewandt werden, aber dann ist die wertvollste Zeit schon vorbei. Diese Tests, oder, wenn man will, standardisierten Untersuchungsleitfäden oder screening-Verfahren sind bezeichnenderweise in Deutschland weitgehend unbekannt und zum Teil im Handel nicht ohne weiteres erhältlich, obwohl sie in vielen Ländern seit Jahren oder gar Jahrzehnten verwendet werden. Zu nennen sind etwa die Infant Intelligence Scale von Nancy Bayley, das Denver Developmental Screening von Frankenburg und Dodds, die Entwicklungsskala der sensomotorischen Intelligenz von Piaget, Casati und Lézine, die Infant Intelligence Scales von Psyche Cattell und die Minnesota Preschool Scale von Goodenough, Maurer und Van Wagenen.

  Früherkennung drohender Retardierung ist bisher in der BRD allein Sache der Kinderärzte, d.h. einiger weniger, die zum größten Teil an einem der drei entsprechenden Zentren arbeiten. Daß die Psychologie auch an diesen Zentren wenig bis nichts zu sagen und beizutragen hat, hat sie sich in erster Linie selbst zuzuschreiben, da die offizielle Universitätspsychologie dieses ganze Gebiet kaum zur Kenntnis nimmt. Deutsche Arbeiten befassen sich allein mit Kindern von mehr als 6 Jahren (Schilling, 1973; Scholtz, 1972; Nielsen, 1970;).

- Frühbehandlung von Retardierungen: Zeichnet sich eine Behinderung bzw. Retardierung beim Kleinkind ab, so muß sofort eine geeignete Therapie geplant und ins Werk gesetzt werden. Ähnlich wie auf dem Gebiet der Frühdiagnostik sind die ersten Schritte und Erfahrungen in der BRD wieder von Pädiatern gemacht worden. Das dafür gewählte Schlagwort heißt - adaequat genug - "Lerntherapie" oder "Therapie durch Lernen".

  Es ist dabei nicht erstaunlich, daß diese Lerntherapien, die auf die Formbarkeit des noch nicht fertig ausgebildeten kindlichen Gehirns und die Tatsache setzen, daß Hirnfunktionen nicht streng lokalisiert sind, etwas einseitig motorisch-perzeptorisch orientiert sind und komplexe kognitive Lernvorgänge, wie sie die Entwicklungspsychologie Piagets beschreibt, eher am Rande behandeln. Bei diesem genuin lernpsychologischen Thema wird die Pädiatrie von der Psychologie ebenfalls völlig im Stich gelassen. Das ist umso ärgerlicher, als fertige Programme zum Intelligenztraining und zur Wahrnehmungsschulung vorliegen, die vor den üblichen Vorschulprogrammen eingesetzt werden können, etwa die von Lavatelli (1970, 1971), von Frostig (1972) oder das Material von Maria Montessori. Daß Verhaltenstherapie und Techniken der Verhaltensformung eingesetzt werden können, um soziale Kompetenz und Selbständigkeit zu schulen, liegt auch beim jungen Kind auf der Hand und bedarf nur etwas Phantasie von seiten des entwicklungstheoretisch beschlagenen Verhaltenstherapeuten. Zudem liegen auch hierzu wieder Anleitungen und Leitfäden vor, sowohl für hirngesunde als auch für behinderte Kinder (Bensberg, 1965; Florin und Tunner, 1972; Liljeroth und Niméus, 1973;).

  Die pädiatrische Entwicklung von Therapien im motorischen und perzeptorischen Bereich läßt ahnen, wieweit Entwicklungsbehinderungen günstig beeinflußt werden können, vorausgesetzt, die Behandlung setzt schon im Kleinkindalter ein. Vor allem die motorische Behinderungsform der Cerebralparesen spricht sehr gut auf Frühbehandlung an

(Bobath, 1963; Flehmig, 1974; Finnie, 1971;). Es scheint möglich, daß im kognitiven Bereich ähnliche Erfolge zu erreichen sind. Dies wäre dann Rehabilitation im Sinne des Wortes; wieweit die Therapiechancen sinken, wenn der Behinderte endgültig einer geworden ist und schließlich erwachsen wird, steht dahin. Allzu großer Pessimismus scheint jedoch unangebracht, wie die Ergebnisse auch der vorliegenden Untersuchung vermuten lassen. Diese beiden Arbeitsgebiete - Frühdiagnostik und Früherkennung von drohenden Retardierungen sowie Kleinkind-Therapie - könnten auch aussichtsreiche Zukunftsaufgaben der Behinderteneinrichtungen bilden, etwa indem die sog. "Risikokinder", die pädiatrisch auffallen, in entsprechenden Ambulatorien betreut werden, während sie heranwachsen.

- Beseitigung von Verhaltensstörungen und Ausbau des Verhaltensrepertoires: Hierbei geht es um verhaltenstherapeutische Fragestellungen einfacherer Art. Löschungs- und response-cost-Prozeduren einerseits, shaping-, fading- und prompting-Verfahren andererseits dürften Standard-Techniken sein. Ausländische Literatur zu solchen Fragestellungen im Rahmen einer Anstalt oder Klinik steht reichlich zur Verfügung (etwa Adams und Unikel, 1973; Bensberg und Barnett, 1966; Browning und Stover, 1971; Gunzburg, 1973; Gottwald und Redlin, 1972; Florin und Tunner, 1972; Liljeroth und Niméus, 1973; Schaefer und Martin, 1969; Thompson und Grabowski, 1972;). Sicherlich kann die psychologische Lerntherapie eine bessere Alternative zur medikamentösen Unterdrückung von Verhaltensstörungen (die meist auch noch erfolglos bleibt) wie Selbstbeschädigung (s. Arbeiten von Lovaas und Mitarbeitern), Apathie und Trotzreaktionen etc. (vgl. etwa Ayllon und Azrin, 1968) bieten. Nur ist Verhaltenstherapie noch nicht gleich Klinische Psychologie (auch wenn sich ihre Vertreter das zuweilen schmeicheln) und sollte nicht in der "klassischen" Form schematisch angewandt werden, sondern gerade bei Kindern und Behinderten muß sie durch Entwicklungspsychologie und -diagnostik ergänzt werden,

damit der Therapeut weiß, was

a- für Verhaltensweisen dem Behinderten von seiner kognitiven Entwicklung her überhaupt zugänglich sind,

b- für Verhaltensweisen dem Behinderten am meisten fehlen, also welches Verhaltensdefizit am ehesten ein Handicap darstellt und deshalb therapeutisch vordringlich ist, und was

c- für Bedürfnisse des Behinderten wohl frustriert werden, wenn er unerwünschtes Verhalten zeigt. Das Symptom ist immer auch ein Signal oder ein Appell, und diese Einsicht kommt in der "strengen" Verhaltenstherapie zuweilen etwas zu kurz.

Diese Fragen, die verhindern können, daß dem Patienten Unmögliches abverlangt oder Unwichtiges antrainiert oder über seine Bedürfnisse einfach hinweggegangen wird, kann die "klassische" Verhaltenstherapie mit ihrem back-box-Denken eben wegen ihrer selbst auferlegten Einengung oft nicht befriedigend lösen. Sie läuft z.B. in Anstalten deshalb oft Gefahr, den Behinderten als Objekt zu sehen und an die Verhältnisse anzupassen, indem sie etwa ein Symptom "wegdrückt", ohne sich zu fragen, was für einen Appell das Symptom tragen könnte, oder ob der Behinderte überhaupt auf eine akzeptablere Verhaltensalternative ausweichen kann. Verhaltensgestörte Behinderte sind nicht "ungezogen", sondern sie protestieren gegen etwas; ob dieser Protest eigentlich so unangepaßt ist, darüber ließe sich noch diskutieren.

Wie sich jedoch zeigt, ist in der Praxis der Anstalten zunächst schon einiges durch eine Art "psychologischen gesunden Menschenverstand" zu erreichen, auf den die Mediatoren zurückgreifen mußten. Dies war sicher fern von befriedigender Methodik und vom Anspruch der "Wissenschaftlichkeit", aber beides wird umso weniger relevant, je detaillierter die praktische Fragestellung ist; Kreativität und psychologischer common sense, das flexible Anpassen lerntheoretischer Prinzipien an die individuelle Fragestellung können in der Praxis durch nichts ersetzt wer-

den.

Es wurde eingangs schon dargelegt, wieso die Voraussetzungen an Behinderten-Einrichtungen oft erst geschaffen werden müssen, unter denen klinische Psychologie überhaupt in die Tat umgesetzt werden kann. Das leitet über zum vierten hauptsächlichen Tätigkeitsbereich der Psychologie in Behinderten-Einrichtungen:

- Betriebspsychologische Aufgabenstellungen in Anstalten und Heimen: Die Grenzen zwischen Betriebspsychologie und Betriebswirtschaft sind hier ebenso fließend wie in andersgearteten Betrieben eben auch; letztlich ist es ohnehin nur eine Frage des Begriffssystems und der Methodik, mit deren Hilfe das gleiche Objekt, die Einrichtung, beschrieben und untersucht wird. Neben den bereits skizzierten betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Überlegungen, wie der Psychologie ein effizientes Arbeiten an solchen Einrichtungen ermöglicht werden kann (Abschnitte 4.1. und 4.2.), bleiben noch betriebspsychologische Fragen im engeren Sinne zu lösen, z.B. die Unzufriedenheit mit der Tätigkeit zu reduzieren, die Kommunikation zwischen Mitarbeitern zu erleichtern u. a.m. Frustrierte Mitarbeiter kann sich eine solche Einrichtung vielleicht noch weniger leisten als ein Produktionsbetrieb; da alle Mitarbeiter unweigerlich Behinderte erziehen, sowie sie mit ihnen in Kontakt treten, sind sonst die Gefahren von Aggressionsverschiebungen, unerwünschten Formen von Modellernen, Motivationsverlust etc. zu groß, zumal wenn die Betreuer als Mediatoren wirksam werden sollen. Hier kämen sicher gesprächs- und kommunikationstherapeutische Techniken sehr gelegen, während generell bei Behinderten diese hauptsächlich oder größtenteils verbalen Techniken wohl wenig ausrichten dürften (obwohl sie sicher zum Verständnis der Bedürfnisse auch Behinderter oft beitragen können, wenn der Psychologe darin geübt ist, "Empathie" aufzubringen, also cues und non-verbale oder quasi-verbale Signale richtig zu verstehen). Die Mediatoren äußerten übrigens im und nach

dem Training spontan Gefühle der Befriedigung über ihre Arbeit und deren Ergebnisse; im konventionellen Stationsbetrieb könnte die Behindertenbetreuung mit Recht aus vielerlei Gründen als frustrierend erlebt werden.

Zusammenfassung: Die Psychologie ist in bundesdeutschen Behinderteneinrichtungen bisher nur schwach vertreten und übt wenig Einfluß aus, im Gegensatz zu den Gepflogenheiten in einigen anderen Ländern. Dies liegt nur zu einem Teil daran, daß sie aus verschiedenen Gründen nicht gerade mit offenen Armen an den Anstalten aufgenommen, sondern eher widerwillig zugelassen wird, zuweilen auch einfach als progressives Alibi ohne echte Befugnisse und brauchbare Arbeitsbedingungen mißbraucht; zum größeren Teil hat sich die Psychologie diesen Zustand wohl selbst zuzuschreiben. Ein Ausbildungsangebot für die Arbeit mit Behinderten ist auch an den Lehrstühlen für klinische Psychologie praktisch nicht vorhanden, ebensowenig wie eines in spezieller Kindertherapie, die ein Schattendasein führt. Abgesehen von therapeutischen Techniken wird auch theoretisches Rüstzeug schon nicht ausreichend vermittelt, da die entscheidend wichtige Entwicklungspsychologie nur kursorisch, wenn überhaupt, behandelt wird. Die Psychologie schließt sich in der BRD daher bislang weitgehend selbst von den zukunftsträchtigsten Ansätzen aus, nämlich der Frühdiagnose und Frühtherapie von Retardierungen und Defiziten, die zur geistigen oder Lernbehinderung zu führen drohen. In der Versorgung erwachsener Behinderter in stationären Einrichtungen wirkt sich für Psychologen ebenfalls hinderlich aus, daß ihre Ausbildung ihnen kaum therapeutisches Handwerkszeug und wenig direkt relevante Theorie mitgibt, die ihnen im beruflichen Alltag weiterhelfen könnten. Zudem und auch deshalb sind sie wohl oft problemblind den Rahmenbedingungen gegenüber, unter denen sie in Anstalten effizient und nicht mehr nur am Einzelfall arbeiten können. Sie werden jedoch auch gleichzeitig ihre Möglichkeiten, nachhaltig zu helfen (den Anstalten wie den Behinderten), erst einmal unter Beweis stellen müssen, bevor sie energischer als bisher verlangen können, an der

Gestaltung der zukünftigen Behindertenversorgung maßgeblich beteiligt zu werden.

Der übernächste Abschnitt dieser Untersuchung versucht, die eben geführten Überlegungen auf eine alltäglichere, konkretere Ebene zu übertragen und soll eine Antwort auf die Frage umreißen, was ein klinischer Psychologe in einer Behinderteneinrichtung vernünftigerweise zunächst tun soll; anders ausgedrückt, wo und wie er anfangen kann, wenn die Verhältnisse augenblicklich noch so sind, wie sie eben sind. Zuvor aber scheinen noch einige Sätze zur Frage angebracht, inwieweit diese Untersuchung den Grundgedanken der community psychology nahesteht.

4.4. Einige Verbindungen zur community psychology

Es scheint interessant, kurz zu überlegen, inwiefern sich diese Schlußfolgerungen den Gedanken annähern, die der community psychology zugrunde liegen.

Es handelt sich dabei um eine zunehmend beachtete Grundlagendiskussion in der klinischen Psychologie, die zu einer Erweiterung des Denkens nicht nur über die einzelnen therapeutischen Schulen, sondern auch über die klinische Psychologie hinaus zu führen scheint. Diese Diskussion wurde durch die Reformprogramme der Regierung Kennedy nach 1963 in Gang gesetzt und fand ihren ersten einigermaßen systematischen Niederschlag in der Swampscott Conference von 1965. Ein historischer Abriß findet sich in Reiff (1970).

Es sollen hier die Hauptkennzeichen des community-psychology-Ansatzes aufgeführt und gleich anschließend diskutiert werden, ob eine Verbindung zur vorliegenden Argumentation hergestellt werden kann. Zur besseren Übersicht sei eine Einteilung zitiert, die sich im Übersichtsreferat von Ernst (1976) findet; dort werden vier Stufen in der historischen Entwicklung der Einstellung zum psychisch Kranken genannt: als früheste eine mythisch-irrationale Einstellung (zu deren therapeutischen und sozialen Folgen etwa das Besprechen, Aus-

treiben böser Geister etc. gehören könnte, oder auch die Rolle des psychisch Kranken als Quasi-Priester und verehrtes Orakel, aber auch dessen Vertreibung oder Tötung), als zweite und spätere Stufe seine Aufbewahrung in Anstalten (worunter man sich wohl am ehesten vorstellen sollte, daß der Kranke aus seinem sozialen Bezugssystem herausgetrennt und an einen isolierten Ort gebracht wird, wo er unter anderen Kranken lebt, ohne daß ein Versuch zur Heilung unternommen wird; aus dem sozialen System wird das nicht systemkonforme, störende Glied kurzerhand entfernt und in einer besonderen Nische aufbewahrt, wo es weiter nicht mehr sonderlich stört), als dritte Stufe die der "Behandlung", d.h. der Versuche einer irgendwie gearteten Therapie, sobald die Störung an einem Individuum aufgetreten ist (die Therapie ist dabei in der Regel "individuell", d.h. innerpsychisch gedacht, so daß die Störung "aus ihm heraus" kommt und folglich er allein "behandelt", neu angepaßt werden muß), und letztlich als vierte Stufe die der Prävention, die nicht erst Störungen abwartet, um sie dann zu "heilen", sondern soziale Systeme so zu formen versucht, daß sie möglichst menschengerecht werden und psychische Probleme weitgehend verhindern oder mildern.

Diese Einteilung scheint nützlich, weil sie gleichzeitig zwei Punkte klären kann: einmal bezeichnet der Ansatz der community psychology den Übergang von der dritten zur vierten Stufe in der Entwicklung der klinischen Psychologie, und zum zweiten macht sie deutlich, daß die konventionelle Einrichtung für geistig Behinderte um eine ganze historische Entwicklungsstufe hinter der allgemeinen Entwicklung zurückgeblieben ist; sie ist ohne Zweifel auf Stufe zwei anzusiedeln, und hier wird für eine Umorientierung solcher Institutionen in Richtung auf Stufe drei plädiert. Für die geistig Behinderten ist das 19. Jahrhundert oft noch nicht vorbei.

Die hier aufgeführten Kennzeichen der community psychology sind großenteils dem Sammelband von Iscoe und Spielberger

(1970) entnommen, wo verschiedene Aspekte von einer Reihe von amerikanischen Autoren besonders gründlich und konsequent durchdacht werden. Der Band erscheint auch besonders reichhaltig, weil viele pragmatische Hinweise und Erfahrungen eingearbeitet sind, die sich wohltuend abheben von einem ähnlich gedachten europäischen Band, der britische Arbeiten zu diesem Thema vereinigt (Sutherland, 1971); dort wird der aus den USA übernommene Ansatz so allgemeintheoretisch und wenig pragmatisch diskutiert, daß er bis zu einem halbherzigen "Man müßte eigentlich" verwässert wird, das letztlich nur noch an die Reform konventioneller Institutionen denkt und fast alle wesentlichen Konsequenzen des Ansatzes wieder aus dem Auge verliert.

a) Ein erstes Kennzeichen des community-psychology-Ansatzes war bereits genannt worden: Prävention psychischer Probleme wird als erste Aufgabe, vor deren Behandlung, gesehen. Der allgemeine Grundgedanke ist der, daß in optimal konzipierten sozialen Systemen psychische Störungen wesentlich seltener werden dürften, und daß bei optimal konzipierten Hilfsangeboten in psychischen Krisen Chronifizierungen und Komplikationen weitgehend vermieden werden können, so daß Interventionen sehr viel wirksamer und unaufwendiger gestaltet werden können, als das konventionellerweise der Fall ist, wo erst behandelt wird, wenn "harte Symptome" ausgebildet worden sind.

Auf die geistigen Behinderungen läßt sich der Gedanke leicht übertragen: Prävention würde betrieben, wenn drohende Behinderungen möglichst früh erkannt und behandelt würden, d.h. bereits im Säuglings- und Kleinkindalter. Der Gedanke war bereits etwas präziser ausgeführt worden; inwieweit beim Vorliegen einer Hirnschädigung die psychischen Einschränkungen ganz verhindert oder aber wesentlich abgemildert werden können - oder eben auch nicht -, werden weitere Erfahrungen zeigen müssen. Wie gesagt, scheint jedoch allzu großer Pessimismus durchaus nicht am Platze zu sein.

b) Ein zweites Kennzeichen dieses Ansatzes besteht in der Ab-

sage der klinischen Psychologie an die überkommenen intrapsychischen Erklärungsmodelle von Störungen. Praktisch alle Standardtechniken der Psychotherapie basieren darauf und gehen davon aus, die Störung entstehe "im" Individuum und müsse dort auch behandelt werden. Das gilt noch am wenigsten für die Verhaltenstherapie, die zumindest potentiell die Einbeziehung aktueller Lebensbedingungen und Situationen erlaubt; innerpsychische Therapiemodelle stellen aber sicher die Psychoanalyse und die Gesprächs- oder Gestalttherapie dar (wiewohl diese Techniken sicher modifiziert werden können und auch werden). Die klinische Psychologie als Gemeindepsychologie geht vielmehr davon aus, die bedeutsamste Einzeldeterminante von Verhalten sei die aktuelle Situation (Spielberger und Iscoe, 1970; Levine, 1970; Roen, 1970), und diese aktuellen Lebensbedingungen sind selbstverständlich sehr weitgehend abhängig von den verschiedenen sozialen Systemen, in denen ein Mensch lebt (Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde, Staat, etc.), wenn auch ein gewisser Teil "innerpsychisch" beeinflußt werden dürfte, etwa durch Lerngeschichte im Sinne von Kindheitserfahrungen. Diese Erfahrungen würden demnach in den konventionellen Erklärungsmodellen psychischer Störungen sehr stark überbewertet, die Reaktionen auf aktuelle Situationen dagegen ebenso drastisch unterbewertet, und entsprechend einseitig seien die hergebrachten Therapietechniken.

Der ganze Hauptteil 2 der vorliegenden Arbeit kann, als Illustration zu diesem Punkt, angewandt auf geistig Behinderte, betrachtet werden.

c) Wenn aktuelle soziale Systeme und Situationen wichtigere Determinanten des Verhaltens darstellen als innerpsychische Variable, dann wird konsequenterweise die Therapie der sozialen Systeme Vorrang erhalten müssen gegenüber der Therapie von Individuen (natürlich nicht in dem Sinne, daß individuelle Hilfen verweigert werden). Wenn psychisch Erkrankte gewissermaßen die "Betriebsunfälle des sozialen Systems" darstellen, dann ist die näherliegende Überlegung

die, wie diese Unfälle vermieden oder weniger wahrscheinlich gemacht werden können; immer nur die "unvermeidlich" vorkommenden Unfälle individuell zu therapieren, hieße dann das Pferd vom Schwanz her aufzäumen, und dabei noch möglicherweise einen ganz unnötigen therapeutischen Aufwand treiben, ohne dauerhafte Besserung im Sinne von Senkung der Unfallzahlen zu erreichen.

Wie das soziale System "Behinderten-Einrichtung" therapiert werden könnte, wird im Schlußteil dieser Arbeit diskutiert. Es ist im Laufe dieser Untersuchung immer wieder argumentiert worden, den einzelnen Behinderten wegen seiner Verhaltensstörung zu behandeln, sei unökonomisch, auf Dauer auch unmöglich, gedanklich kurzschlüssig und einfach eine Verwechslung von Ursache und Wirkung.

d) Ein viertes Kennzeichen der community psychology besteht darin, daß sie sich als praxisnah im wörtlichen Sinne versteht, etwa so, daß die Psychologie oft zum Empfänger gehen müsse, wenn der Empfänger nicht zu ihr kommen könne. Das ist etwa der Fall bei Slumbewohnern, die den Weg zu einer mittelständischen Psychologenpraxis nur schwer finden dürften, bei Einwohnern abgelegener ländlicher Gebiete, oft wohl auch bei Großstädtern, die in ihrer Mobilität oder Kommunikationsmöglichkeit aus irgendwelchen Gründen behindert sind - viele andere Beispiele lassen sich leicht denken, wie gerade die Personen keine psychologische Hilfe bekommen, die sie vielleicht am nötigsten hätten, einfach weil sie sie sich nicht holen können. Konsequenterweise beschreiben etwa Altrocchi und Eisdorfer (1970) oder Thomas (1971), wie Psychologen im einen Fall eine dünn besiedelte, sehr arme und abgelegene Gemeinde im Staat Georgia klinisch versorgen, im anderen Fall eine großstädtische farbige Slumgegend (und zwar durch farbige Psychologen). In beiden Projekten kamen die Psychologen zur Bevölkerung und machten ein Dienstleistungsangebot, statt darauf zu warten, daß sie gerufen würden (was trotz des drängenden Bedarfs wahrscheinlich nicht geschehen wäre).

In der Versorgung geistig Behinderter und ihrer Familien

wäre das bereits ausführlich beschriebene "community-center-Modell" eben die praxisnahe Organisationsform, die sich aus diesen Überlegungen ergibt. Golann (1970) diskutiert ausgiebig die Frage, ob die klinische Psychologie die richtige Leistung am richtigen Ort zur richtigen Zeit an den richtigen Empfänger bringen kann, und zwar durch geeignete Personen mit geeigneter Ausbildung unter optimaler Ausnutzung der Mittel. Golann kommt bei seiner Kritik der konventionellen psychiatrischen Einrichtungen zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Arbeit: herkömmliche Institutionen mißachten diese Grundüberlegungen sehr weitgehend und seien deshalb eben so ineffizient wie teuer, denn sie seien am Benutzer, am Bedarf und an den Aufgaben vorbeikonzipiert. Daß dies für die beschriebene Anstalt ohne Einschränkung gilt, ist deutlich geworden.

e) Als fünftes Kennzeichen findet sich bei grundsätzlicheren Ausführungen über community psychology die Aussage, sie benutze bevorzugt unspezifische, systemorientierte Vorgehensweisen. Damit ist gemeint, daß nicht nur die herkömmlichen, individualistischen Therapietechniken der Psychologie auf andere Weise "an den Mann" gebracht werden, sondern daß der Ansatz der klinischen Psychologie so erweitert wird, daß andere psychologische Teildisziplinen einbezogen werden, wie Sozial-, Entwicklungs- und Betriebspsychologie, darüber hinaus aber auch nicht-psychologische Disziplinen zu Hilfe gerufen werden, wie etwa die Soziologie, die Betriebswirtschaft, die Kybernetik u.a.m. Ausbildungsprogramme für "Gemeindepsychologen" enthalten deshalb ein Kursangebot, das nicht nur über die herkömmliche klinische Psychologie, sondern über die Psychologie überhaupt hinausgeht, und das konsequenterweise nur zu einem kleinen Teil an der Universität durch theoretische Unterweisung stattfindet.

Für die Einbeziehung entwicklungs- und betriebspsychologischer Ansätze sowie betriebswirtschaftlicher Überlegungen war im Zuge dieser Arbeit wiederholt plädiert worden; der Rahmen der herkömmlichen individualistischen Verhaltensmodifikation bei geistig Behinderten war ausdrücklich als zu eng

für adaequate Problemlösungen bezeichnet worden.

f) Als sechstes Kennzeichen der community psychology findet sich immer wieder der Gedanke des Einsatzes von "indigenous non-professionals" als Therapeuten. Dies ist eine Ausweitung des Mediatoren-Konzepts; als Therapieträger sollen nicht nur psychologische Laien herangezogen werden, sondern auch Personen, die gleichzeitig Angehörige des betreffenden sozialen Systems oder eben der Gemeinde sind, für die die Maßnahme gedacht ist. So verwendete Thomas (1971) nicht nur farbige Psychologen, sondern auch "eingeborene" farbige Mediatoren für sein Projekt in einer "black community"; Ernst (1976) nennt einige Beispiele für die Anwendung von Riesmans "Helfer-Therapie-Prinzip" in der community psychology: ehemalige Strafgefangene als Mediatoren in der Resozialisierung Strafgefangener, ehemalige Drogenabhängige als Therapeuten Drogenabhängiger. Riesmans Prinzip besagt, daß nicht nur diese Therapeuten gezielter helfen könnten, weil sie die Probleme des Klienten und dessen soziale Umwelt am eigenen Leibe erfahren hätten, sondern auch, daß dem Helfer dabei selbst geholfen würde.

Bei geistig Behinderten stößt hier dieser Ansatz an eine Grenze: Behinderte können schwerlich als Laien-Therapeuten anderer Behinderter eingesetzt werden. Wohl aber stützt sich das beschriebene "community-center-Modell" direkt auf die Betroffenen, nämlich die Angehörigen Behinderter, und damit auf einen Grundgedanken der community psychology, nämlich "das Selbsthilfepotential der Bevölkerung auszuschöpfen" (Ernst).

g) Der Ansatz der community psychology beinhaltet natürlich eine Umdefinition der Rolle des Psychologen. Damit ist auch gesagt, daß seine Ausbildung anders aufgebaut werden müsse, als das herkömmlicherweise geschieht. Entsprechende Curricula und Trainingsprogramme werden bei Spielberger und Iscoe (1970), Iscoe (1970), Cowen (1970) und Levine (1970) beschrieben. Es sei nur soviel darüber gesagt, daß sich die Psychologen-Ausbildung vor allem in eine Reihe von Praktika mit direkter Supervision hinein verlagert, zu Lasten der

herkömmlichen theoretisch-akademischen Ausbildung an den Universitäten. Anders ausgedrückt: die Ausbildung soll in der Konfrontation mit Problemen bestehen, nicht in theoretischen Diskussionen darüber. Die Rolle des Psychologen, auf die er vorbereitet werden müsse, sei nicht mehr die eines "Problemlösers", sondern die eines neutralen, professionellen Helfers bei selbständigen Problemlösungen der Betroffenen, so etwa formulieren Spielberger und Iscoe (1970). Dazu gehöre auch, daß er außer auf Idividuen als Supervisor, "mental health consultant" u.ä. auch auf soziale Systeme einwirke, soziale Probleme konzeptualisiere und voraussehe, Systemkorrekturen vorschlage und durchführe, also als "participant-conceptualizer" und "social change agent" in problematische soziale Beziehungsnetze eingreife. Dies habe vor allem zwei konkrete Folgen, so weiter Spielberger und Iscoe: einmal müßten bestehende Institutionen reformiert und nach den Erfordernissen neu konzipiert werden, denn die bestehenden erlaubten sinnvolles Arbeiten oft genug gar nicht, und zum zweiten sei es damit unvermeidlich, daß der Psychologe auch politisch aktiv würde. Dabei werde seine (politische) Intervention wahrscheinlich auf die Schwierigkeiten stoßen, die in der Situation das zu therapierende Problem überhaupt erst hervorgebracht haben.

Auch zu diesen Folgerungen scheint die vorliegende Arbeit eine Illustration darzustellen. Die letzten Abschnitte widmen sich der Frage, welche Rolle Psychologen unter bundesdeutschen Bedingungen an vorhandenen Behinderteneinrichtungen in unmittelbarer Zukunft sinnvollerweise übernehmen und welcher Techniken sie sich dabei bedienen können, da sie vom Vorhandensein der herkömmlichen Großeinrichtung für Behinderte ausgehen müssen.

4.5. Die Rolle der Verhaltenstherapie in Behinderteneinrichtungen

Bereits in der Einleitung dieser Arbeit waren Zweifel am Nutzen der traditionellen Verhaltenstherapie für die Belange von Behinderten, die in Einrichtungen leben müssen,

geäußert worden, falls unter "Verhaltenstherapie" eins der folgenden Anwendungsgebiete verstanden wird:

- die Behandlung von Phobien, Zwangshandlungen, sozialen Ängsten und anderer Angstsymptomatik, von Formen abweichenden Sexual- und Sozialverhaltens; diese "klassischen" Indikationen beanspruchte die Verhaltenstherapie bislang am ehesten als ihr Gebiet. Der weitaus größte Teil der entsprechenden Literatur befaßt sich daher mit solchen Verhaltensproblemen normal intelligenter Erwachsener; bei Kindern werden in diesem Rahmen häufig noch Leistungs- und Konzentrationsprobleme sowie Disziplinschwierigkeiten anzugehen versucht. Es geht also in der Regel um die Beseitigung unerwünschten Verhaltens aus dem Verhaltensrepertoire und damit um indirekte Einflußnahme auf emotionale habituelle Reaktionen; die kognitiven Fähigkeiten und die normale Breite des Verhaltensrepertoires der Patienten sind nicht oder nur recht geringfügig eingeschränkt. Es liegt auf der Hand, daß dies für Behinderte nicht zutrifft; die "klassischen" Indikationen der Verhaltenstherapie kommen in Behindertereinrichtungen nur selten vor oder stellen nur ein Problem in zweiter Linie dar (das erstrangige Problem scheinen immer wie die sozialen und emotionalen Deprivationsbedingungen mit ihren mannigfachen Folgeerscheinungen darzustellen). Selbst die üblichen Probleme, wie sie in Kliniken für chronisch psychiatrisch Kranke auftreten und die sich mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gut angehen lassen ("hoarding", "schizophrene" Reaktionen aller Art, hysterische und andere zuwendungskontrollierende Verhaltensweisen), sind nicht typische Probleme der Behinderteneinrichtung, sondern der Erwachsenen-Psychiatrie (vgl. z.B. Adams und Unikel, 1973). All das liegt ziemlich weit vom Alltag einer Institution wie der beschriebenen entfernt. Die entsprechenden therapeutischen Strategien sind allenfalls hie und da einmal direkt anwendbar und können auch dann nur einzelne Probleme "lösen", d.h. symptomatisches Verhalten löschen. Darin besteht das Hauptproblem jedoch einfach nicht (und

dieses Hauptproblem ist kein Einzel-, sondern ein Kollektivproblem der Insassen); unter den beschriebenen Umständen in bundesdeutschen Institutionen kann die Verhaltenstherapie günstigstenfalls an isolierten Fragestellungen ihre Wirksamkeit demonstrieren.

- Die Literatur zur Anwendung der Verhaltenstherapie speziell in Behinderteneinrichtungen (etwa Thompson und Grabowski, 1972; Nawas und Braun, 1972; Gorton und Hollis, 1965) denkt in der amerikanischen Tradition noch positivistisch, d.h. sie fühlt sich einem strengen Behaviorismus verpflichtet. Kognitive Inhalte und Fragen der Entwicklungspsychologie werden nicht diskutiert und würden wohl auch als nicht relevant ausgeschlossen. Es geht ausschließlich um den Abbau von Fehlverhalten aller Art, meist durch Verhindern von Zuwendungskontrolle durch die Patienten und - in geringerem Maße - um Aufbau erwünschten Verhaltens durch shaping-, prompting- und fading-Prozeduren. Die Zielverhaltensweisen sind dabei fast immer von höchst simpler Art: Toilettenbenutzung, selbständiges Essen und bessere Tischmanieren, selbständiges An- und Ausziehen, Waschen und Zähneputzen etc., also Dinge im Selbsthilfe-Bereich (vgl. außer der im vorangegangenen Abschnitt angegebenen Literatur auch Liljeroth und Niméus, 1973; die Arbeiten von Lovaas und Mitarbeitern, Gottwald und Redlin, 1972). Der Ausbau kognitiver Strukturen, sonstige Intelligenzförderung, Entwicklung des Sprach- und Spielverhaltens, der Motorik u.ä. - all das wird nur gestreift und dann ganz simpel als overt behavior gedacht (vgl. Lovaas et al. und wieder Gottwald und Redlin mit ihren Versuchen, das Erlernen von verbaler Kommunikation dadurch zu erreichen, daß der aktive und passive Wortschatz mühsam im einige wenige Wörter vermehrt wurde, so als sei der Spracherwerb einfach eine Frage instrumentellen und auch klassischen Konditionierens). D.h. wenn es um Erweiterungen des Verhaltensrepertoires geht, wird das meist ganz punktuell verstanden und gar nicht erst versucht, das Problem auch einmal kognitiv zu denken, also eine Erweiterung

des inneren, "covert" Verhaltensrepertoires statt des äußeren mit anzustreben und ständig die Bedürfnisse der Behinderten dabei im Auge zu behalten. Deshalb dient die Verhaltenstherapie bisher, wo sie ausdrücklich auf institutionalisierte Schwerbehinderte angewandt wird, vor allem zwei Zielen: dem Pflegepersonal die Alltagsarbeit zu erleichtern und den Protest oder Appell, den zuwendungsheischende Fehlverhaltensweisen darstellen, zu unterdrücken.

- Schließlich findet sich noch eine Anzahl verhantenstherapeutisch orientierter Arbeiten bei Behinderten, die sich etwa mit Fragen befassen wie der, ob adaequates Toilettenverhalten mit Verstärkungsplan A nicht eine Woche früher zu erreichen sei als mit Verstärkungsplan B, und die den Gründen dafür wie denen für das unerwünschte Zielverhalten mit minutiösen Frequenzauszählungen und Bedingungsanalysen auf die Spur kommen wollen. Abgesehen davon, daß schließlich die entsprechenden Ergebnisse am Ende doch wieder nicht vergleichbar sind und keine schlüssigen Aussagen zulassen, wäre selbst die schlüssige Antwort für die Behindertenprobleme so peripher durch die notwendigen Einschränkungen der Aussage, daß sie den Untersuchungsaufwand nicht rechtfertigte. Durch immer weitergehendes Differenzieren der Versuchsbedingungen läßt sich mit großer Mühe wohl vieles in Erfahrung bringen; nur fragt es sich, ob das Ergebnis dann wert ist, gewußt zu werden.

Zusammenfassend läßt sich also sagen: Daß Verhaltenstherapie auch bei Behinderten "geht", ist weder erstaunlich, noch muß dies noch weiter nachgewiesen werden. Die Theorie des Verhaltens beschreibt ja nichts weiter als Erziehung, im Falle der Behinderten eine von ziemlich simpler Art, die entweder Erwünschtes (Weiterentwicklung, Anpassung) oder Unerwünschtes (Fehlverhalten) hervorbringt. Dazu liefert die Verhaltenstherapie bzw. Lernpsychologie einen theoretischen Rahmen, der diese Erziehungsabläufe präziser und systematischer zu beschreiben erlaubt, als das ohne ihn möglich

wäre. Nur ändert eine Beschreibung nicht ihren Gegenstand; in Skinners Worten, "Keine Theorie verändert das, wovon eine Theorie handelt" ("Beyond Freedom and Dignity").

Von Mitarbeitern der Behinderteneinrichtungen wird der Verhaltenspsychologie häufig ein gewisses Mißtrauen entgegengebracht, und über deren Ethik oder Unethik wird gern diskutiert. Die Frage scheint verständlich, aber falsch gestellt; die Verhaltenspsychologie ist zunächst Beschreibung und sodann potentielles Werkzeug. Weder eine Beschreibung noch ein Werkzeug haben eine "Moral" oder "Unmoral", wiewohl beides zu "moralischen" oder "unmoralischen" Handlungen benutzt werden kann. In beiden Fällen jedoch kann man nicht die Mittel von der Art der Anwendung her bewerten. Die Frage muß also lauten, wie moralisch die jeweiligen Ziele der Verhaltensmodifikation seien, nicht, wie moralisch die Verhaltensmodifikation als Technik sei.

Wenn nun Verhaltenstherapie dazu dienen soll, den Behinderten an eine Institution anzupassen, auch wenn diese ihn - milde ausgedrückt - ungünstig behandelt und er mit den wenigen Mitteln, die ihm zur Verfügung stehen, dagegen protestiert, wenn sie allein seinen Appell zum Verstummen bringen soll, so mag man sich in der Tat Gedanken machen, ob eine solche Anwendung ethisch vertretbar sei. Über etwas anderes als über die Beseitigung von Fehlverhalten, das hier Appellen gleichgesetzt wird, und der Erleichterung der alltäglichen Versorgungsroutine für das Pflegepersonal wird bislang auch von Verhaltenstherapeuten in Behinderteneinrichtungen offenbar kaum nachgedacht.

Die andere Alternative könnte jedoch heißen, daß Verhaltenspsychologie mit ihrem Wissen um Erziehungsbedingungen dazu dienen kann, die Einrichtungen an die Bedürfnisse der Behinderten anzupassen. Der erste Schritt dazu wäre, diese Bedürfnisse zu definieren. Zu ihnen gehören sicherlich mehr Sozialkontakt, mehr Lerngelegenheiten und mehr Gelegenheit zu Spiel und Aktivität. Diese Arbeit versuchte zu zeigen, daß diese Grundbedingungen in der Praxis relativ leicht her-

stellen sind; die hier skizzierte Alternative scheint gegenüber der herkömmlichen Unterbringung die bessere zu sein, ob "besser" nun Ökonomie oder Ethik meint.

Das würde bedeuten, die Rolle der Verhaltenstherapie bzw. der Lernpsychologie (hier im erweiterten Sinne verstanden, nämlich unter Einschluß der Entwicklungspsychologie) sollte sich nicht mehr darauf beschränken, Anstaltsartefakte wie Fehlverhalten aller Art und enge Verhaltensrepertoires zu beseitigen bzw. punktuell zu erweitern (was sowieso schwerlich befriedigend gelingt, wenn nicht die Umstände beseitigt werden, die die Artefakte hervorgebracht haben), sondern sie sollte Vorbedingungen definieren und sich für deren Verwirklichung einsetzen, unter denen Lernen und Entwicklung stattfinden und gefördert werden können, und zwar vom Kleinkindalter an. Anders ausgedrückt: der Lernpsychologe im Behindertenwesen ist aufgefordert, sich einzumischen in die Planung und Verwaltungspraxis der Einrichtungen, auch oder gerade dann, wenn er sich dem Vorwurf der Kompetenzüberschreitung aussetzt. Wenn ein Psychologe sich ausschließlich damit befaßt, im Sinne konventioneller Verhaltenstherapie Verhaltensweisen je nach Bewertung seltener oder häufiger zu machen, ohne die Angemessenheit der Lebensumstände des Behinderten dabei zu prüfen, dann läuft er Gefahr, den Patienten an die Einrichtung anzupassen statt umgekehrt. Oft soll diese Anpassung des Behinderten an vorgegebene Lebensumstände aber die Aufgabe des Psychologen sein, nach dem Verständnis seiner Arbeitgeber wie - häufig genug - auch nach seinem eigenen. Eine solche Tätigkeit verdient den Namen "Therapie" nur dann, wenn damit Therapie für die Einrichtung statt für den Behinderten gemeint ist.

Die hier vertretene Alternative würde der Lernpsychologie bzw. Verhaltenstherapie eine eher prophylaktische Aufgabe zuweisen: Neben der Früherkennung und Frühbehandlung, zu der die Psychologie beitragen soll, was sie beitragen kann, sollte Therapie vor allem Förderung heißen, nämlich Förderung

der Entwicklung zur Selbständigkeit bis zu ihrer - unbekannten - Kapazitätsgrenze. Anders ausgedrückt: es ginge um eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires, aber mit einer Akzentverschiebung vom äußeren, einfachen Verhalten im Sinne von habit training oder auf trial-and-error-Niveau weg zugunsten von innerem Verhalten im kognitiven Bereich. Damit dies möglich wird, müssen vor allem die sozialen und emotionalen Deprivationsbedingungen abgebaut werden, die Lerngelegenheiten und damit Entwicklung verhindern; daß es so etwas wie Hospitalismus nicht nur bei Säuglingen gibt, muß nicht erst belegt werden. Vorläufig aber produziert die konventionelle Anstalt einen - wahrscheinlich erheblichen - Teil der Behinderungen, die sie therapieren soll, indem sie auf den Hirnschaden noch den Hospitalismus setzt, d.h. Lebensbedingungen schafft, die auch einen Hirngesunden nach nicht allzu langer Zeit dazu bringen würden, sich wie ein Behinderter zu benehmen, obwohl er noch mehr Möglichkeiten hätte, sich zu beschäftigen und zu steuern als der Behinderte in seiner besonderen Wehrlosigkeit. Zu einem Teil ist der Behinderte wohl nicht nur retardiert, er wird auch retardiert.

Da der Psychologe am ehesten diese Zusammenhänge nicht nur allgemein, sondern auch im Detail durchschauen kann, fällt ihm die Aufgabe zu, Therapie im Sinne der optimalen Ausnützung des Potentials an Lernkapazität eines geschädigten Gehirns zu treiben und die Bedingungen mit zu schaffen, unter denen das überhaupt möglich wird. Vieles an gezielter Therapie am Patienten, vieles an Fehlverhalten erledigt sich wahrscheinlich von selbst, wenn die Deprivationsbedingungen beseitigt werden, wie die vorliegende Untersuchung für die Frage von Selbständigkeit und Unselbständigkeit nahelegte, vieles an übrigbleibenden Therapieaufwand kann ohne weiteres an Laien delegiert werden. Wie sieht also die Rolle des Psychologen in einer Behinderteneinrichtung als Konsequenz dieser Überlegungen aus?

4.6. Die Rolle des Psychologen in Behinderteneinrichtungen:

Einiges zu diesem Punkt ist schon im vorhergehenden Abschnitt gesagt worden; meist kann für "die Verhaltenstherapie" oder "die Lernpsychologie" auch einfach "der Psychologe" eingesetzt werden. Deshalb kann dieser Abschnitt eher den Charakter einer Zusammenfassung haben.

a. Der Psychologe soll sich dafür einsetzen, daß eine Einrichtung für die Behinderten da ist und nicht umgekehrt. Konkret heißt das, er muß erarbeiten und begründen, was für Bedürfnisse bestehen und welches ungefähr die Reihenfolge ihrer Dringlichkeit ist. Ein Minigolfplatz für Behinderte ist z.B. sicher wünschenswert, aber andererseits angesichts der geschilderten Versorgungspraxis sicher erst von nachgeordneter Bedeutung. Der Psychologe wird notwendig "seine Kompetenzen überschreiten" und sich in die Planung und Verwaltung "einmischen" müssen, um die Einrichtungen in diesem Sinne zu verändern. Da dies in der Regel seine Aufgabe nicht sein soll, muß er bereit sein, den Konflikt mit dem Arbeitgeber gegebenenfalls durchzustehen, will er glaubhaft bleiben.

b. Sind brauchbare Versorgungsbedingungen geschaffen, so muß er Schritte und Programme entwerfen, die in erster Linie Förderung des Behinderten zum Ziele haben, d.h. Erweiterung des Repertoires an äußerem und - wichtiger - innerem Verhalten.

c. Diese Therapieprogramme im eigentlichen Sinn muß der Psychologe dann in die Tat umsetzen, in der Regel wohl als Supervisor. Daß er jeden Behinderten "eigenhändig" therapieren könne, etwa eine Stunde pro Woche oder Tag, ist selbst bei geringster Therapieintensität völlig unrealistisch, sonst müßten große Behinderten-Anstalten ganze Heere von Psychologen beschäftigen. Darüber hinaus wäre dies auch unnötig, da Laien solche Erziehungsauf-

gaben kaum weniger gut zu bewältigen scheinen, vorausgesetzt, sie bekommen brauchbare praktische Hilfen und Anleitungen. Das demonstriert neben der vorliegenden Untersuchung auch eine relativ umfassende einschägige Literatur (Bensberg, 1965; DeMyer und Ferster, 1962; Ferster und Simons, 1966; Fielding, 1972; Gencheff, 1975; Girardeau und Spradling, 1964; Gorton und Hollis, 1965; Jeffree und Cunningham, 1975; Kimbrell, Kidwell und Hallum, 1967; Kimbrell, Luckey, Barbuto und Love, 1967; Leath und Flournoy, 1970; Martin, England, Kaprowy, Kilgour und Pilek, 1968; Miller, Budoff et al., 1975; Roos, 1965; Schaefer und Martin, 1969; Schwartz und Shockley, 1956; Thompson und Grabowski, 1972;).

d. Erst danach scheinen die bisher als zentral verstandenen Aufgaben des Psychologen zu kommen, die Intervention am Patienten direkt, etwa um Fehlverhalten zu beseitigen. Dieses Verfahren sollte reserviert bleiben für seltene Problemfälle, mit denen die Mediatoren aus irgendwelchen Gründen nicht fertig werden.

e. Weitgehend im Hintergrund steht im Anstaltsalltag die Diagnostik, sowohl im Sinne der Testdiagnostik wie auch in dem der Verhaltensbeobachtung. Ob ein Fehlverhalten 6 oder 10mal pro Stunde auftritt, oder ob es morgens häufiger ist als abends, oder ob es bei bestimmten Personen nicht auftritt oder welchen diskriminativen Reizen es sonst unterliegt, ist für die therapeutischen Maßnahmen meist von nebensächlicher oder auch von gar keiner Bedeutung. Es interessiert nur eine Frage wirklich: welches Bedürfnis bzw. welcher Verstärker hält das unerwünschte Verhalten in Gang, und wie befriedigt man das frustrierte Bedürfnis so, daß das Fehlverhalten unnötig wird? In der Praxis ist die Antwort auf diese Frage meist einfach genug und bedarf keiner Diagnostik, weil sie auf der Hand liegt, oder weil die Betreuungspersonen darüber hinreichend Auskunft geben können. Auch die Entwicklungsdiagnostik beim Behinderten ist nur relevant im Sinne von

Bland (1971) und von Gunzburg (1973 a und b), wie im nächsten Punkt dargestellt; zur Bestimmung von Kapazitätsgrenzen taugt sie nicht, weil die Verhaltensrepertoires meist enger bzw. der Entwicklungsstand niedriger ist, als sie wahrscheinlich sein müßten.

f. Nicht nachgeordnet aber ist Diagnostik im Sinne der Erkennung des Schwerpunktes einer Behinderung, also der Beschreibung und Gewichtung von Defiziten. Dort wird sie direkt therapierelevant. Am deutlichsten wird dies beim potentiell behinderten Kleinkind, wo es um die Frage geht, ob überhaupt eine Behinderung droht, und wo eine solche sich vor allem störend auswirkt. Beim älteren oder erwachsenen Schwerbehinderten erübrigt sich dann die Frage nach der Brauchbarkeit von Tests ohnehin, weil es keine gibt. Bei leichter Behinderten sagt die Diagnose seiner Leistungsfähigkeit oder "Intelligenz" zwar kaum etwas über die Prognose oder Förderungsfähigkeit aus (auch bei einem speziellen Leistungstest wie der TBGB), was über Triviales hinausginge (etwa, daß ein Behinderter ein solcher sei und auch nach einem Förderprogramm schwerlich eine Normalschule wird besuchen können), eignet sich aber unter Umständen zur Definition von Gebieten, auf denen Intervention am dringendsten nötig ist.

g. Über die Aufforderung, in die allerorten sehr in Mode kommende Früherkennung und Frühtherapie von Behinderungen hineinzudrängen, ist bereits genug gesagt.

h. Schließlich wird der Psychologe als Supervisor an der Schulung des Personals einen erheblichen Anteil haben. Dieser Frage ist der letzte kurze Abschnitt gewidmet.

4.7. Konsequenzen für die Ausbildungsziele des Pflegepersonals in der Zukunft:

Es gibt in der BRD gegenwärtig eine Reihe von Ausbildungsgängen, die Teile einer Behinderten-Psychologie enthalten. Diese Bruchstücke können mehr oder weniger umfangreich und

und natürlich mehr oder weniger up-to-date sein; wirklich systematisch ist das entsprechende Theorie-Angebot selten. Die behinderten-spezifischste und zugleich psychologie-trächtigste Ausbildung ist wohl die zum Heilerziehungs-pfleger; vom konzipierten Berufsbild her ein Spezialberuf für Behinderteneinrichtungen, halbwegs zwischen Erzieher bzw. Sonder-Erzieher, Heilpädagoge und Krankenpfleger angesiedelt. Dazu kommen die Ausbildungsgänge für Sonderpädagogen, Sondererzieher, Sozialarbeiter, Sprach-, Musik- und Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten und Leibeserzieher in diesem besonderen Bereich. Für Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern sowie Angehörige der pädagogischen Berufe, die nicht für Behindertenbetreuung konzipiert sind, werden meist Zusatz-Seminare und Kurse speziell über Behinderte angeboten, wenn solche Kräfte bei Behinderten tätig sind. Das Ausbildungsangebot an berufsbegleitenden Ausbildungen und Fortbildungsmaßnahmen wie auch an der Berufsausbildung selbst wird in den meisten Fällen von den Einrichtungen getragen (nach der Tradition der großen Krankenhäuser, die eigene Krankenpflegeschulen unterhalten; die hier beschriebene Einrichtung bietet nicht nur diesen Ausbildungsgang, sondern auch noch die der Kinderpflegerin und des Heilerziehungspflegers an). Durch die selbst auferlegte Verpflichtung, einen ganzen schulischen Apparat mit zu unterhalten, werden die knappen Mittel der Anstalten meist über Gebühr strapaziert. Darüber war im Abschnitt 4.1.2. schon einiges gesagt worden.

All diesen Ausbildungen und Kursen ist gemeinsam, daß sie im wesentlichen theoretisches Wissen im Klassenzimmer wie selbstverständlich nach der Frontalberieselungsmethode vermitteln oder das versuchen, um die Information hinterher wieder abzufragen. Es wird also der konventionelle Schulunterricht reproduziert, Schulzeugnisse, Prüfungen und Klassenarbeiten eingeschlossen. Daran ändert auch der zuweilen geübte Brauch nichts, solche Klassenarbeiten quasi-akademisch "Klausuren" zu nennen. Modernere pädagogische Konzepte wie microteaching, counselearning (s. z.B. Rogers, 1974) und dergleichen wurden

bei der neu konzipierten Ausbildung zum Heilerziehungspfleger gar nicht erst erwogen, wohl einfach deshalb, weil die Verantwortlichen nicht wissen, was das ist. Hinter der bloßen Reproduktion etwa der hergebrachten Krankenpflege-"schule" mit etwas verschobenen Akzenten steht der naive Glaube daran, daß theoretisches Wissen automatisch auch zu verändertem, und zwar positiv verändertem, (Erzieher-) Verhalten führe.

Selbst wenn dem so wäre: der größte Teil des so angebotenen Theoriewissens ist sicher irrelevant für die praktische Erziehungsarbeit mit den Behinderten. Die Durchsicht verschiedener Stoffpläne aus mehreren deutschen Einrichtungen für den Unterricht in Heilerziehungspflege zeigt, daß Themen wie die folgenden breiten Raum einnehmen: "Einführung in die Tiefenpsychologie", "Die Typologie Kretzschmers", "Die Funktion der Niere", "Kennzeichen und Wesen der Schizophrenie" (nach Ansicht der hergebrachten Schulpsychiatrie), "Mendels Vererbungsgesetze" etc. etc. All diese Information ist sicher reiner Ballast im Hinblick auf die tatsächlichen Aufgaben der künftigen Behinderten-Betreuer, denen dadurch die tägliche Arbeit um keinen Deut erleichtert wird. Auch da, wo die angebotene Theorie eher relevant wird für das, was an Aufgaben tatsächlich vorliegt, ist noch mehr als fraglich, ob sich das erworbene angelernte Wissen in adaequaterem Erzieherverhalten niederschlagen wird. Es werden dann z.B. soundsoviele Wochenstunden (meist 2) in "Lernpsychologie" oder "Entwicklungstheorie" absolviert, wobei die Information so stark abstrahiert wird wie in einer psychologischen Hauptvorlesung. Auch der Versuch, den Unterricht "praxisnah" zu gestalten, ändert daran nicht viel, denn das heißt nur, daß die abstrakte Theorie mit Beispielen aus dem Anstaltsalltag veranschaulicht wird.

Praxisnah soll der Unterricht auch dadurch werden, daß parallel zur theoretischen auch eine praktische Ausbildung abläuft. Das bedeutet, daß die Schüler auf den bestehenden Abteilungen Dienst tun und von den dortigen Betreuern in die

Routine der Versorgung eingewiesen werden. Der traditionelle Ablauf wird also gleichzeitig mit der Theorie vermittelt, wobei beides oft im Widerspruch zueinander steht. Kosequenterweise klagen viele Schüler (z.B. auch die HEP-Mediatoren in dieser Untersuchung) spontan, daß theoretisch Gelernte und Geforderte sei unter den bestehenden Stationsbedingungen einfach nicht anwendbar. Es wird z.B. durchaus gesehen, daß selbständiges Waschen wünschenswert wäre; es sit den Schülern auch einsichtig, wie das zuwege zu bringen sei, zumindest auf allgemein-theoretischem Niveau, aber in der Praxis muß der Oberpfleger dergleichen zeitraubende Versuche unterbinden, um den Ablauf der Versorgungsroutine nicht zu gefährden. Solche Klagen sind sicher berechtigt; die Ergebnisse des Hauptteils 1 lassen sie als plausibel erscheinen. Der sog. "praktische Unterricht" dürfte deshalb die theoretisch gewonnenen Ansätze zu adaequaterem Erzieherverhalten, soweit überhaupt vorhanden, wieder anullieren.

Als Begründung für die Unmöglichkeit, das Wünschenswerte in der Praxis auch zu tun, wird von den Betroffenen in der Regel Personalmangel angeführt, und zwar auf allen Ebenen, vom Hilfspfleger bis zum "top management". Die Klage ist sicher berechtigt und hat zur Schaffung der entsprechenden Ausbildungsgänge geführt. Dies allein ist jedoch sicher noch keine Lösung. Es wird jedoch davon ausgegangen, alles würde anders und besser, wenn nur mehr Personal verfügbar sei und in die bestehenden Stationen hineingepumpt werden könne, und wenn gleichzeitig dieses zusätzliche Personal (theoretisch) "geschult", d.h. ausgebildet sei. Dieser scheinbaren Selbstverständlichkeit sitzen auch sachkundige Autoren wie Øster, Stone, Adams und Sletved (1975) auf, die sich fragen, wie große Anstalten trotz hoher job-Unzufriedenheit und Geldnot möglichst viel qualifiziertes Personal bekommen könnten, statt zu überlegen, woher die job-Unzufriedenheit und die Geldnot denn wohl kommt. Die Kurzsichtigkeit dieser Denkweise liegt so auf der Hand, daß es verwundert, wie es jeder mit Behindertenversorgung Befaßte als selbstverständlich betrachten kann, durch intensive Personalanwerbung und

-ausbildung allein sei schon vieles gewonnen, wenn diese Maßnahmen nur realisiert werden könnten (und das ist aus Geldmangel auf absehbare Zeit eben nicht möglich). Auf einer 40-Personen-Station kann auch ein Team erfahrener Psychologen keine Verhaltenstherapie betreiben, auch bei 20 Betten nicht. Das nächstliegende Problem ist eher die Größe und der Aufbau der konventinellen Station als der Ausbildungsstand des Personals. Dies scheint naheliegend, und doch sind, wie gesagt, die neuerbauten Stationen wieder auf 30 bis 40 Personen pro Einheit hin konzipiert, auch wenn sie verwaltungstechnisch in Untergruppen aufgeteilt werden, die jedoch faktisch eine große Einheit bilden.

Die theoretischen Kenntnisse des vorhandenen Betreuungspersonals auszuweiten, heißt also das Pferd vom Schwanz her aufzäumen. Zuallererst sind räumliche und organisatorische Änderungen nötig, die eine zahlenmäßige Vermehrung des Pflegepersonals bei gleichzeitiger Verminderung des nicht im Pflegedienst tätigen Personals erlauben. Der Ausbildungsstand (im Sinne theoretischen Wissens) dieser Personen scheint recht wenig Gewicht zu haben, da auch Laien-Mediatoren befriedigend fungieren. Von größerem Gewicht als das Ausmaß angesammelter abstrakter Informationen dürfte die Supervision im Alltag sein, die Anregungen, Anleitung und direktes feed-back sowie "Vormachen" in real-life-Situationen bieten muß. Gleichzeitig ist solche Supervision natürlich auch Unterricht für das Personal, nicht nur Beitrag zur Versorgung der Patienten. Der Experten-Zeitaufwand dabei kann recht gering sein, vor allem, wenn eine Gruppe erst einmal "läuft". Selbst bei der schwierigen Fragestellung an die Mediatoren in dieser Arbeit und bei völlig neu zusammengestellten Gruppen genügten offenbar ca. 6 Stunden Vorbereitung ohne Anwesenheit der Trainees und dann 2 x 1 bzw. 2 x 3 Stunden Supervision pro Tag für die schwierige Anlaufphase.

Von großer Bedeutung scheint die Motivation der Mediatoren zu sein, wie die Untersuchungen von Gencheff (1975) und

Jeffree und Cunningham (1975) nahelegen. Wenn Eltern als Mediatoren im Laufe von 3 Jahren 62 % Entlassungen aus stationärer Versorgung in halboffene oder offene Unterbringungsweisen zuwege bringen, bezahlte Mediatoren aber bei einer gematchten Vergleichsgruppe nur 16 %, so unterstreicht das die Bedeutung der Trainer-Motivation sehr drastisch, die sicher nicht durch Appelle hergestellt werden kann. Die Motivation der Mediatoren in dieser Arbeit kann nur "über den Daumen gepeilt" abgeschätzt werden, wird aber als gut beurteilt.

Das würde bedeuten, der Unterricht des Personals sollte wenig bis keine Theorie umfassen und nicht im Klassenzimmer, sondern am Arbeitsplatz stattfinden. Dies wäre gleichzeitig die Art von Unterricht, die wirklich nur die Einrichtungen selbst erteilen können; "classroom teaching" bewältigen die staatlichen Stellen wahrscheinlich besser. Relevante persönliche Erfahrungen aus supervidierter Arbeit können die Betreuer und Mediatoren sicher selbst abstrahieren, auch ohne anspruchsvolle theoretische Bezugssysteme vermittelt zu bekommen. Nur ist natürlich auch dieses Unterrichtskonzept wieder auf der beschriebenen Großstation nicht zu verwirklichen, sondern nur auf einer Versorgungseinheit ähnlich der Trainingsstation. Dabei kann sicher wiederum ein großer Teil der Supervision selbst auf Mediatoren übertragen werden, wenn diese erfahren genug sind, um ihrerseits junge Kollegen zu supervidieren (was gegenwärtig ja im "praktischen Unterricht" auch geschieht, nur daß dabei die tradierte Routine weitergegeben wird). Der Psychologe bräuchte nur noch zu gelegentlichen Kontrollen zu erscheinen, oder aber wenn er gebraucht wird.

Da Behinderte nicht grundsätzlich anders behandelt werden müssen als Kinder ohne Schädigung, und da die Lerngesetze für beide in gleichem Maße gelten, ist nicht einzusehen, wieso theoretisches Wissen über Behinderungen unabdingbar nötig sein sollte, um Behinderte im Alltag zu erziehen. Eher dient solches Wissen dazu, den Betreuern den Mut zu

nehmen, indem es die Andersartigkeit des Behinderten herausstreicht und ihn eventuell zum unbekannten Wesen vergeheimnist. Damit wird dem Behinderten kein Dienst erwiesen, über dessen geheimnisvolle, unverständliche, befremdliche Andersartigkeit schon Stereotype mehr als genug kursieren. Andererseits bringt fast jede Mutter auch ohne Fachwissen über pädagogische Themen eine hinlängliche Erziehung zustande; warum sollten Laien bei ausreichender Motivation das Gleiche nicht bei Behinderten leisten können? Wichtiger scheint es, mit den Traditionen der Anstaltspflege zu brechen und nur das wirklich Bewährte daraus zu übernehmen, damit sie nicht immer wieder in Bausch und Bogen weitergegeben und schließlich nicht mehr hinterfragt werden.

Für die Effizienz dieses skizzierten Unterrichtsansatzes sprechen die spontanen Äußerungen der Mediatoren nach dem Training (ebenso wie für deren gute Motivation): etwa, daß sie in den paar Trainingstagen mehr gelernt und dabei frustrationsfreier und befriedigender gearbeitet hätten als in Monaten sonst. Deutlich schien in allen Fällen, daß die Mediatoren ihre Trainees nur ungern zurück auf die Station gehen ließen, weil sie oft eine wirkliche persönliche Bindung entwickelt hatten (wenn auch vielleicht nur von der Art, wie man sie etwa einem zutraulichen Hund gegenüber empfindet), und auch, weil sie die Rückentwicklung des Erreichten voraussahen.

Es läßt sich also ein weiterer Planungsgedanke aus der vorliegenden Untersuchung ziehen und etwa so zusammenfassen:

Eine detaillierte theoretische, behinderten-spezifische Ausbildung mag wünschenswert sein, unbedingt notwendig ist sie nicht. Dagegen scheint es auch im Interesse der Personal-Ausbildung unerläßlich, kleine Versorgungseinheiten zu schaffen, an denen anschauliches und relevantes Wissen erworben werden kann, mit möglichst wenig theoretisch-abstrakter Umkleidung. Dazu bietet sich das Mediatoren-Konzept an, das mit ausreichend motivierten Laien recht gut zu funktionieren scheint, soweit nur ausreichend Hilfe und Anleitung

in Form von Supervision gewährt wird. Das gegenwärtige Konzept, die bestehenden Stationen mit mehr und besser theoretisch geschultem Personal zu besetzen, sie im übrigen aber unangetastet zu lassen, dürfte zu nichts führen außer zu Enttäuschung auf allen Seiten und zu dem Trugschluß, auch mit besserer Personalsituation sei nicht viel mehr auszurichten, also die Grenzen der Behinderung eben doch unverrückbar somatisch-genetisch festgelegt. Im günstigsten Falle stellen die jetzigen Ausbildungsanstrengungen der Einrichtungen eine Verschwendung knapper Mittel dar; der erwünschte Effekt ließe sich vollständiger, direkter, sicherer und billiger erreichen. Es erscheint wichtiger als das Erlernen verhaltenstherapeutischer Techniken, Mitarbeiter zu lehren, spontan das Naheliegende zu tun (was oft nichts anderes ist als Verhaltenstherapie), aber auch Dinge zu unterlassen, die ihnen als Tradition, als Ergebnis jahrelanger Erfahrung angeboten werden, bestimmte Meinungen nicht einfach zu übernehmen, die nicht dadurch zutreffender geworden sind, daß sie seit Jahrzehnten wiederholt werden. Kurz: man lasse durchschnittlich intelligente, gut motivierte Laien unter erträglichen räumlichen und personellen Bedingungen und etwas sachkundiger Anleitung einen neuen Anfang in der Behindertenversorgung machen, und man wird allemal auf einfachere und billigere Weise bessere - d.h. für den Behinderten bessere - Ergebnisse erzielen als die, die in konventionellen Großeinrichtungen mit all ihrer Erfahrung und Tradition, mit all ihren großen Anstrengungen und mit dem Einsatz ihrer ganzen finanziellen und personellen Mittel zuwege gebracht werden.

Literatur

Adams,H.E. und Unikel, I.P.: Issues and Trends in Behavior Therapie. C.C.Thomas, Springfield, Illinois, 1973.

Altrocchi, J. und Eisdorfer,C.: Apprentice-Collaborator Field Training in Community Psychology: The Halifax County Program. pp. 191 - 205 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Asperger, H.: Heilpädagogik. 5. Auflage, Springer, Heidelberg und Berlin, 1968.

Ayllon, T. und Azrin,N.: The Token Economy. A Motivational System for Therapy and Rehabilitation. Appleton-Century-Crofts, New York, 1968.

Azrin, N. und Foxx, R.M.: A Rapid Method of Toilet Training the Institutionalized Retarded. J. appl.Behav.Analysis, 4, 89-99, 1971.

Bandura, A.: Principles of Behavior Modification. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1969.

Baumeister,A. und Klosowski,R.: An Attempt to Group Toilet Train Severely Retarded Patients. Mental Retardation, 3, 24-26, 1965.

Bensberg,G. (Hrsg.): Teaching the Mentally Retarded: A Handbook for Ward Personnel. Southern Regional Educational Board, Atlanta, Georgia, 1965.

Bensberg,G.J. und Barnett,C.D.: Attendant Training in Southern Residential Facilities for the Mentally Retarded; Report of the SREB Attendant Training Project. Southern Regional Educational Board, Atlanta, Georgia, 1966.

Bensberg,G.J., Colwell,C.N., Cassell, R.H.: Teaching the Profoundly Retarded Self-Help-Skill Activities by Behavior Shaping Techniques. Am.J.Mental Deficiency, 69, 674-679, 1965.

Bergin,A.E. und Garfield,S.L. (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley and Sons, New York, 1971.

Bigelow, G. und Griffiths,R.: An Intensive Teaching Unit for Severely and profoundly Retarded Women. In: Thompson und Grabowski, 1972.

Bland,G.A.: The Hospital School for the Mentally Subnormal. Brit.J.Mental Subnormality, XVII, 33, 107-116, 1971.

Bobath,B.: A Neuro-Developmental Treatment of Cerebral Palsy; Physiotherapy, 47, 1963.

Brawley,E.R., Harris,F.R., Allen,K.E.,Fleming,R.S. und Peterson,R.F.: Behavior Modification of an Autistic Child. Behavioral Science, 14, 87-97, 1969.

Browning,R.M. und Stover, D.O.: Behavior Modification in Child Treatment. Aldine und Atherton, Chicago und New York, 1971.

Capie,A.C.M.: Psychological Assessment of the Handicapped Child in a Hospital Unit. Brit.J.Ment.Subnormality, XIX, 36, 38-47, 1973.

Clark,G.R.: Rehabilitation of Institutionalized Retardates. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Clauss,G. und Ebner,H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Harri Deutsch, Frankfurt/Main und Zürich, 1972.

Cowen,E.L.: Training Clinical Psychologists for Community Mental Health Functions: Description of a Practicúm Experience. pp. 99-124 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Dayan,M.: Toilet Training Retarded Children in a State Residential Institution. Mental Retardation, 2, 116-117, 1964.

DeMyer,M.K. und Ferster,C.B.: Teaching New Social Behavior to Schizophrenic Children. J.Child Psychiatry, 1, 443-461, 1962.

Dondorp,D.W., Costenoble,J.E.F., Van den Brink,C., Contant, O.J. und Angenent,H.R.A.: Architectural Provisions for the Mentally Retarded. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Elliott, R. und McKay,D.N.: Social Competence of Subnormal and Normal Children Living under Different Types of Residential Care. Brit.J.Ment.Subnormality, XVII, 32, 48-53, 1971.

Ellis,N.R.: Toilet Training and the Severely Defective Patient; An S-R Reinforcement Analysis. Am.J.Ment.Deficiency, 68,98-103, 1963.

Ernst,H.: Gemeindepsychologie. Psychologie heute, März 1976

Ferster,C.B. und Simons,J.: Behavior Therapy with Children. Psychol.Records, 16, 65-71, 1966.

Fielding,L.: Initial Ward-Wide Behavior Modification Programs for Retarded Children. In: Thompson und Grabowski (Hrsg.), 1972.

Finnie,N.R.: Hilfe für das cerebral gelähmte Kind. Eine Anleitung zur Förderung des Kindes zu Hause nach der Methode Bobath. Otto Maier, Ravensburg, 1971.

Flehmig,I.: Früherkennung zerebraler Bewegungsstörungen. Materia Medica Nordmark, 67, 1974.

Florin, I. und Tunner, W.: Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. Goldmann, Medizinische Reihe, München, 1972.

Frostig, M.: Wahrnehmungstraining, Teile 1-3. Deutsch von H. Reinartz, Crüwell, Dortmund, 1972.

Gencheff,T.: A Comparative Study of the Rehabilitation of the Multiply Handicapped Mentally Retarded Children with and without Parental Training. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Giles,D.K. und Wolf,M.M.: Toilet Training Institutionalized Severe Retardates: An Application of Behavior Modification Techniques. Am.J.Mental Deficiency, 70, 766-780, 1966.

Girardeau,F. und Spradlin, J.: Token Rewards in a Cottage Program. Mental Retardation, 2, 245-251, 1964.

Goffmann, E.: Asylums. Aldine Publishing Co., Chicago, 1961.

Golann,S.E.: Community Psychology and Mental Health: An Analysis of Strategies and a Survey of Training. pp. 33-57 in

Iscoe und Spielberger, 1970.

Goldberg,J.J. und Lippman,L.: The Judicial System as a Resource for the Retarded. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Gorton,C.E. und Hollis,J.H.: Redesigning a Cottage Unit for Programming and Research for the Severely Retarded. Mental Retardation, 3(3), 16-21, 1965.

Gottwald, P. und Redlin,W.: Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Hogrefe, Göttingen, 1972.

Gunzburg,H.C.: Social Competence and Mental Handicap. Ballière and Tindall, London, 1973.

Gunzburg,H.C.: The Monitoring of Rehabilitation Programmes. In: Gunzburg,H.C. (Hrsg.): Experiments in the Rehabilitation of the Mentally Handicapped, Ballière and Tindall, London, 1973.

Grabowski,J. und Thompson,T.: A Behavior Modification Program for Behaviorally Retarded Institutionalized Males. In: Thompson und Grabowski (Hrsg.), 1972.

Hill,N.J., Firth,J.M., Haskins,M., Kerr,G. und Miles,G.: The Planning of a Comprehensive Range of Services for the Mentally Handicapped Demostrated by a Study in Sheffield. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Hollis,J.H. und Gorton,C.E.: Training Severely and Profoundly Developmentally Retarded Children. Mental Retardation, 5(4), 20-24, 1967.

Hundziak,M.,Maurer,R.A. und Watson,L.S.: Operant Conditioning in Toilet Training Severely Mentally Retarded Boys. Am.J. Mental Deficiency, 70, 120-124, 1965.

Inhelder,B.: The Diagnosis of Reasoning in the Mentally Retarded. John Day Co., New York, 1968.

Iscoe,I.: The Graduate Training Program in Community Mental Health at the University of Texas. pp. 181-189 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Iscoe,I. und Spielberger,C.D.: The Emerging Field of Community Psychology. pp. 3-16 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Iscoe,I. und Spielberger,C.D.: Community Psychology; Perspectives in Training and Research, New York, 1971.

Jeffree,D.M. und Cunningham,C.C.: Workshops for Parents of Young Mentally Handicapped Children. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Kimbrell,D.L., Kidwell,F. und Hallum,G.: Institutional Environment Developed for Training Severely and Profoundly Retarded. Mental Retardation, 5(1), 34-37, 1967.

Kimbrell,D.L., Luckey,R.E., Barbuto,P.F. und Love,J.G.: Operation Dry Pants: An Intensive Habit Training Program for Severely and Profoundly Retarded. Mental Retardation, 5(2), 32-36, 1967.

Klee,E.: Behindertenreport. Fischer, Frankfurt/Main, 1974.

Kraiker,C.: Handbuch der Verhaltenstherapie. Kindler, München, 1974.

Krause, F.J.: Mental Retardation; Strategies for National Planning. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Krause,F.J., Bank-Mikkelsen,N.E., Mutters,T. und Elliott,J. R.: Strategies for National Planning of Services. In: Proceedings of the Third National Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Krauth,J. und Lienert,G.A.: KFA - Die Konfigurations-Frequenz-Analyse und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin. Alber, Freiburg und München, 1973.

Kuhlen, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter. Deutsches Jugend-Institut, München, 1973.

Lavatelli,C.S.: Piaget's Theory Applied to an Early Childhood Curriculum. Boston und Cambridge, 1970.

Lavatelli,C.S. (Hrsg.): Language Training in Early Childhood. University of Illinois Press, Springfield, Illinois, 1971.

Lavoxa,R. und Ridler, M.A.C.: Aetiological Aspects of Mental Defect. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Leath,J.R. und Flournoy,R.L.: Three-year Follow-up of an Intensive Habit-training Program. Mental Retardation, 8(3), 32-34, 1970.

Levine, M.: Some Postulates of Pracitce in Community Psychology and Their Implications for Training. pp. 71-84 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Lienert, G.A.: Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik, 1973.

Liljeroth,I. und Niméus, B.: Praktische Bildung für Geistig Behinderte. Beltz, Weinheim und Basel, 1973.

Lindsley,O.R.: Direct Measurement and Prosthesis of Retarded Behavior. J.Educ., 147, 62-81, 1964.

Lovaas,O.I.: A Behavior Therapy Approach to the Treatment of Childhood Schizophrenia. Minnesota Symposium on Child Psychology, University of Minnesota Press, 1967.

Lovaas,O.I., Freitag,L., Nelson,K. und Whalen,C.: The Establishment of Imitation and its Use for the Development of Complex Behavior in Schizophrenic Children. Behav.Res. Therapy, 6, 171-181, 1967.

Lovaas, O.I. und Simmons, J.Q.: Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children. J.Appl.Behav.Analysis, 2, 143-157, 1969.

Lovaas,O.I., Litrownik,A. und Mann,R.: Response Latencies to Auditory Stimuli in Autistic Children Engaged in Self-Stumulatory Behavior. Behav.Res.Therapy, 9, 39-50, 1971.

Martin, J.A.: Organization for the Delivery of Services: A Changing Rôle for Professionals in the Decision-Making Process. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Martin,G.L., England,G., Kaprowy,E., Kilgour, K. und Pilek, V.: Operant Conditioning of Kindergarden-Class Behavior in Autistic Children. Behav.Res.Therapy, 6, 281-294, 1968.

Miller, M.B., Budoff,M., Gimon, A.T., Smith, J.L. und Greenberg,S.: Some Newer Approaches to Behavioral Intervention in Mental Retardation. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Morley,K.G. und Appell,J.: An Appraisal of the Social Progress of 59 Mentally Handicapped Persons in Community Centers. In: Gunzburg,H.C. (Hrsg.); Experiments in the Rehabilitation of the Mentally Handicapped, London, 1973.

Mowrer,O.H. und Mowrer,W.M.: Enuresis; A Method for its Study and Treatment. Am.J. Orthopsychiatry, 8, 436-459, 1938.

Nawas,M.M. und Braun,S.H.: The Use of Operant Techniques for Modifying the Behavior of the Severely and Profoundly Retarded.

a- Part I: Introduction and Initial Phase. Mental Retardation, 8 (2), 2-6, 1970 (a).

b- Part II:The Techniques. Mental Retardation, 8 (3), 18-24, 1970 (b).

c- Overview of Behavior Modification with the Severely and Profoundly Retarded, Part III: Maintenance of Change and Epilogue. Mental Retardation, 8(4), 4-11, 1970 (c).

Nielsen,H.H.: Psychologische Untersuchungen bei zerebralparetischen Kindern. Marhold, Berlin, 1970.

Øster,J., Stone, J.R., Adams,M., Sletved,H.: Problems in Manpower Development. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Reiff,R.: The Need for a Body of Knowledge in Community Psychology. pp. 19-31 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Rentfrow,R.K. und Rentfrow,D.K.: Studies Related to Toilet Training of the Mentally Retarded. Am.J.Occupational Therapy, 23, 425-430, 1969.

Risley,T.R.: The Effects and Side Effects of Punishing the Autistic Behaviors of a Deviant Child. J.Appl.Behav. Analysis, 1, 21-34, 1968.

Roeher, G.A.: An Organizational Systems Approach to the Delivery of Comprehensive Services to the Handicapped. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Roen,S.R.: New Requirements in Educating Psychologists for Public Practice and Applied Research. pp. 59-69 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Rogers,C.: Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. Kösel, 1974.

Roos,P.: Development of an Intensive Habit-Training Unit at Austin State School. Mental Retardation, 3(3), 12-15, 1965.

Schaefer,H.H. und Martin, P.L.: Behavioral Therapy. McGraw-Hill Book Company, New York, 1969.

Schilling, F.: Motodiagnostik des Kindesalters. Marhold, Berlin, 1973.

Scholtz, A.: Verhaltensanalyse und Therapieplanung bei auto-aggressivem Verhalten geistig schwer retardierter Kinder anhand eines einfachen Beobachtungsverfahrens. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg, 1974.

Scholtz, W.: Testpsychologische Untersuchungen bei hirngeschädigten Kindern. Marhold, Berlin, 1972.

Schwartz,M.S. und Shockley, E.L.: The Nurse and the Mental Patient. John Wiley and Sons, New York, 1956.

Schwartz,M.S. und Stanton,A.H.: A Social Psychological Study of Incontinence. Psychiatry, 13, 399-416, 1950.

Siegel,S.: Nonparametric Statistics. McGraw-Hill Book Company, New York, 1956.

"Spiegel"-Redaktion (Hrsg.): Unterprivilegiert. Eine Studie über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1973.

Spielberger, C.D. und Iscoe, I.: The Current Status of Training in Community Psychology. pp. 227-245 in: Iscoe und Spielberger, 1970.

Stevens, H.A., Dey, J., Peterson, R.M., Seed, S.A., Koch, R., Scheerenberger, R.C., Forbes, P. und Bank-Mikkelsen, N.E.: Community Living Systems to Serve the Mentally Retarded. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

Sutherland, J.D. (Hrsg.): Towards Community Mental Health. London, Tavistock, 1971.

Thomas, C.W.: Psychologists, Psychology, and the Black Community. pp. 163-177 in: Spielberger, C.D.; Current Topics in Clinical and Community Psychology, Bd. 3, New York, Academic Press, 1971.

Thompson, T. und Grabowski, J. (Hrsg.): Behavior Modification of the Mentally Retarded. Oxford University Press, New York, 1972.

Vail, D.J.: Dehumanization and the Institutional Career. C.C.Thomas, Springfield, Illinois, 1966.

Van Wagenen, R.K., Meyerson, L., Kerr, N.J. und Mahoney, K.: Field Trials of a New Procedure for Toilet Training. J. Exp. Child Psychology, 8, 147-159, 1969.

Van Wagenen, R.K. und Murdock, E.E.: A Transistorized Signal Package for Toilet Training of Infants. J.Exp.Child Psychol., 3, 312-314, 1966.

Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte: Empfehlungen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland für die Pflege, Therapie und Förderung geistig Behinderter in Heimen und Anstalten. Eigenverlag, ohne Ortsangabe, 1974.

Viney, L.: The Impact of Speech Therapists on Moderately Retarded Children in an Institutional Environment. Brit.J. Ment. Subnormality, XVIII, 35, 94-100, 1972.

Wagner,B.R. und Paul,G.L.: Reduction of Incontinence in Chronic Mental Patients; A Pilot Project. J.Behav. Therapy and Exp. Psychiatry, 1,29-38, 1970.

Wahler,R.G. und Erickson,M.: Child Behavior Therapy: A Community Program in Appalachia. Behav.Res.Therapy, 7, 71-78, 1969.

Watson,L.S., Jr.: Application of Behavior Shaping Devices to Training Severely and Profoundly Mentally Retarded Children in an Institutional Setting. Mental Retardation, 6, 21-23, 1968.

Wolf,M., Risley,T., Johnston,M., Harris,F. und Allen,E.: Application of Operant Conditioning Procedures to the Behavior Problems of an Autistic Child; A Follow-Up and Extension. Behv.Resp.Therapy, 5, 103-111, 1967.

Wolfensberger,W.: Citizen Advocacy for the Impaired. In: Proceedings of the Third Congress of the IASSMD, Warschau, 1975.

A N H A N G

	1= O	2= P	3= B	4= K	5= KI	6= N	7= W	8= H	9= KII	10= R	11= A	12= G	13= S	14= V	15= K,a, b,d	16= N d. Bet- ten 1	17= Niv. d. Pfl. 2	18= Bes. Schl. 3	19= BVZG KII	20= BVZG NT	21= DA
O		-.13	-.56	-.61	-.15	-.22	-.38	-.10	-.61	-.29	-.39	-.56	-.16	-.13	-.05	.19	.13	-.15	-.17	.17	.48
P			.13	-.56	-.39	-.29	-.46	.02	-.36	-.43	-.07	.06	-.67	-.53	-.34	.15	-.24	.55	.16	.41	-.16
B				-.06	-.18	-.01	-.06	.33	.01	-.06	-.23	.12	-.11	.20	-.14	-.02	-.24	.16	.10	.003	-.26
K					.50	.45	.70	.09	.82	.58	.54	.53	.59	.37	.34	-.22	.11	-.30	-.12	-.31	-.25
KI						.49	.86	.20	.001	.05	.07	.27	.42	.23	.09	-.23	.35	-.28	-.75	-.69	-.18
N							.44	.004	.04	.06	.29	-.20	.39	.07	.06	-.41	.70	-.33	-.35	-.29	-.24
W								.07	.39	.19	.20	-.06	.55	.29	.22	-.10	.16	-.25	-.53	-.61	-.33
H									-.05	.16	.12	-.17	.02	-.24	-.10	-.18	.14	.02	-.44	-.32	.18
KII										.68	.59	.85	.42	.25	.32	-.21	.02	-.20	.47	-.19	-.08
R											.08	.61	.19	.26	.49	-.02	-.01	-.41	.20	-.35	-.13
A												.32	.08	.20	.09	-.25	.18	-.26	.20	-.23	-.27
G													.18	.05	.22	-.19	-.15	-.10	.66	-.05	-.14
S														.19	.25	.04	.21	-.56	-.09	-.34	-.05
V															.09	-.31	.13	-.03	-.13	-.27	.21
K,a b,d																-.003	.17	-.54	-.05	-.27	-.08
N d. Betten																	-.43	-.22	-.09	-.16	-.15
Niv.d. Pflegl.																		-.26	.29	-.09	-.01
Bes. Schl.																			-.12	-.29	.08
BVZG KII																				.38	-.09
BVZG NT																					-.18
DA																					

df = 30

1 = niedriger Rang, kleines N (wenig K)
2 = niedriger Rang, hohes Niveau, (wenig K)
3 = niedriger Rang, ungünstiger Schlüssel (wenig K)

	1= K/T	2= K/NT	3= KI/T	4= KI/ NT	5= KII/ T	6= KII/ NT	7= R/T	8= R/NT	9= S/T	10= S/NT	11= A/T	12= A/NT	13= G/T	14= G/NT	15= V/T	16= V/NT	17= Pfl. Niv.
																	2
K/T		.34	.97	.38	.94	.28	.87	.42	.86	.24	.64	.13	.91	.18	.75	.28	.21
K/NT			.30	.31	.35	.89	.09	.79	.32	.89	.32	.60	.19	.77	.46	.88	.61
K I/T				.33	.84	.26	.85	.42	.82	.27	.53	.06	.83	.17	.80	.25	.22
K I/NT					.41	.12	.05	.59	.11	.77	.43	.44	.27	.46	.43	.82	.58
K II/T						.27	.85	.27	.84	.21	.72	.21	.92	.19	.65	.27	.19
K II/NT							.09	.82	.22	.86	.24	.62	.13	.88	.42	.82	.46
R/T								.37	.66	-.01	.39	.03	.88	.12	.58	.001	.13
R/NT									.35	.84	.24	.29	.29	.78	.44	.65	.39
S/T										.28	.71	.11	.76	.15	.50	.19	.25
S/NT											.20	.35	.07	.69	.40	.83	.64
A/T												.32	.68	.15	.16	.13	.42
A/NT													.16	.41	.05	.36	.12
G/T														.12	.51	.08	.03
G/NT															.25	.55	.26
V/T																.62	.22
V/NT																	.42
Pfl.Niv.																	
N d.Betten																	
Bes.Schl.																	
BVZG K II																	
BVZG NT																	
DA																	
O																	
P																	
B																	

1 = niedriger Rang = kleines N
2 = niedriger Rang = hohes Niveau
3 = niedriger Rang = ungünstiges Verhältnis Pat./Pfleger

18= N d. Bet- ten 1	19= Bes. Schl. 3	20= BVZG KII	21= BVZG NT	22= DA	23= O	24= P	25= B
-.68	-.14	-.48	-.79	-.13	-.40	-.32	.07
-.75	-.05	-.05	-.13	.19	-.33	-.18	-.01
-.57	-.19	-.28	-.88	-.18	-.40	-.35	.11
-.58	-.02	-.64	-.27	.21	-.19	-.18	-.06
-.57	-.11	-.35	-.78	-.05	-.37	-.29	.004
-.62	-.01	.25	.09	.16	-.37	-.16	.01
-.47	-.30	-.18	-.65	-.03	-.31	-.29	.92
-.55	-.20	.02	-.30	.02	-.31	-.28	-.005
-.52	-.19	-.46	-.71	-.89	-.30	-.32	-.17
-.47	-.21	-.24	-.12	.04	-.19	-.38	.01
-.51	-.41	-.20	-.60	-.04	-.29	-.24	-.15
-.48	-.09	.20	-.09	-.32	-.32	-.04	-.19
-.49	-.09	-.25	-.71	-.09	-.31	-.21	-.03
-.57	.08	.51	.13	-.03	-.42	-.05	.03
-.64	.02	-.37	-.62	.01	-.35	-.22	.36
-.55	-.04	-.18	-.15	.21	-.19	-.17	.16
-.43	-.26	.29	-.09	-.01	.13	-.24	-.24
	-.22	-.09	-.16	-.15	.19	.15	-.02
		-.12	-.29	.08	-.15	.55	.16
			.38	-.09	-.17	.16	.10
				-.18	.17	.41	.003
					.48	-.16	-.26
						-.13	-.56
							.13

FA-Matrix 1 (Hauptachsenmethode)

84.09 % der Varianz extrahiert durch 7 Faktoren

1. Eigenwerte

1	2	3	4	5	6	7
5.75	3.44	2.31	1.94	1.69	1.31	1.23

---

2. Anteil der erklärten Varianz an der Gesamt-Varianz

1	2	3	4	5	6	7
17.98	18.59	13.87	11.05	8.44	6.67	7.48

---

3. Kommunalitäten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
94.34	88.53	99.99	90.62	87.55	85.54	90.98	96.74	97.63	77.33

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
61.87	87.49	63.26	84.02	49.09	78.84	84.16	91.93	96.26	78.15	81.61

Fortsetzung FA-Matrix 1

4. Varimax-Ladungsmatrix

	1	2	3	4	5	6	7
1 = O	-0.21	-0.67	0.16	-0.05	0.38	0.13	-0.51
2 = P	-0.37	-0.07	-0.69	-0.19	-0.44	0.20	-0.06
3 = B	-0.08	0.03	-0.12	-0.07	-0.10	0.15	0.97
4 = K	0.51	0.68	0.35	0.20	-0.07	-0.10	0.08
5 = K I	0.88	0.04	0.14	0.24	-0.09	0.03	-0.10
6 = N	0.41	-0.07	0.21	0.75	-0.27	-0.05	0.06
7 = W	0.86	0.17	0.25	0.13	-0.18	-0.15	0.06
8 = H	0.23	-0.05	-0.02	0.14	0.10	0.92	0.19
9 = K II	0.03	0.94	0.27	0.06	0.05	-0.09	0.05
10 = R	0.06	0.62	0.53	-0.13	0.17	0.22	0.09
11 = A	0.12	0.60	-0.04	0.37	-0.19	0.01	-0.26
12 = G	-0.13	0.92	0.07	-0.11	-0.04	-0.01	0.02
13 = S	0.40	0.14	0.64	0.13	-0.01	-0.17	0.04
14 = V	0.29	0.18	0.09	0.19	0.59	-0.47	0.33
15 = K,a,b,d	0.07	0.23	0.64	-0.06	0.02	0.08	-0.11
16 = N Betten	-0.01	-0.25	0.24	-0.76	-0.28	-0.02	-0.12
17 = Niv.Pfl.	-0.01	-0.07	0.23	0.87	0.00	0.07	-0.17
18 = Bes.Schl.	0.07	-0.00	-0.92	-0.16	0.19	0.03	0.11
19 = BVZG KII	-0.82	0.40	0.05	0.11	-0.03	-0.17	-0.01
20 = BVZG NT	-0.78	-0.19	-0.03	0.08	-0.25	-0.24	0.04
21 = DA	-0.09	-0.17	-0.06	-0.02	0.84	0.17	-0.22

Fortsetzung FA-Matrix 1

Faktor	1 Variable 5	(K I)	(0.8816)
Faktor	1 Variable 7	(W)	(0.8630)
Faktor	1 Variable 19	(BVZG K II)	(-0.8209)
Faktor	1 Variable 20	(BVZG NT)	(-0.7824)
Faktor	1 Variable 4	(K)	(0.5092)
Faktor	1 Variable 6	(N)	(0.4086)
Faktor	1 Variable 13	(S)	(0.3969)
Faktor	1 Variable 2	(P)	(-0.3747)
Faktor	2 Variable 9	(K II)	(0.9401)
Faktor	2 Variable 12	(G)	(0.9159)
Faktor	2 Variable 4	(K)	(0.6783)
Faktor	2 Variable 1	(O)	(-0.6708)
Faktor	2 Variable 10	(R)	(0.6192)
Faktor	2 Variable 11	(A)	(0.5992)
Faktor	2 Variable 19	(BVZG K II)	(0.4933)
Faktor	3 Variable 18	(Bes. Schl.)	(-0.9164)
Faktor	3 Variable 2	(P)	(-0.6869)
Faktor	3 Variable 15	(K,a,b,d)	(0.6392)
Faktor	3 Variable 13	(S)	(0.6377)
Faktor	3 Variable 10	(R)	(0.5339)
Faktor	3 Variable 4	(K)	(0.3536)
Faktor	4 Variable 17	(Niveau Pfl.)	(0.8655)
Faktor	4 Variable 16	(N Betten)	(-0.7551)
Faktor	4 Variable 6	(N)	(0.7468)
Faktor	4 Variable 11	(A)	(0.3691)
Faktor	5 Variable 21	(DA)	(0.8358)
Faktor	5 Variable 14	(V)	(0.5935)
Faktor	5 Variable 2	(P)	(-0.4351)
Faktor	5 Variable 1	(O)	(0.3779)
Faktor	6 Variable 8	(H)	(0.9210)
Faktor	6 Variable 14	(V)	(-0.4662)
Faktor	7 Variable 3	(B)	(0.9695)
Faktor	7 Variable 1	(O)	(-0.5084)

Die Ladungen sind der Höhe nach geordnet bis 0.3500

FA-Matrix 2 (Hauptachsenmethode)

86.13 % der Varianz extrahiert durch 6 Faktoren

1. Eigenwerte

1	2	3	4	5	6
9.50	4.76	2.45	2.02	1.41	1.39

---

2. Anteil der erklärten Varianz an der Gesamt-Varianz

1	2	3	4	5	6
28.92	26.23	7.13	8.79	7.51	7.54

---

3. Kommunalitäten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100.55	91.92	96.08	98.69	93.72	97.82	88.84	77.44	80.83	100.59
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
80.38	73.08	90.12	86.44	87.27	93.36	56.18	82.84	90.87	95.20
21	22	23	24	25					
80.04	80.11	85.02	67.42	78.33					

PRIMÄRE PÄDAGOGISCHE ANALYSE UND CURRICULUM DER SOZIALENTWICKLUNG

von

Dr. H. C. GÜNZBURG

Deutsche Übersetzung von Dr. W. Günther aus dem englischen Original "THE PRIMARY PROGRESS ASSESSMENT CHART OF SOCIAL DEVELOPMENT," 6. Auflage.

.....

Förderungseinrichtung

Name: ..... Geburtstag: ..... Alter .....

Anschrift: .....

Untersuchungstag: ..... Unterschrift des Untersuchers: .....

ANMERKUNGEN

Copyright 1973 H. C. Günzburg

SELBSTHILFE

Essen

1.	Nimmt Nahrung mit Sauger gut auf	a
2.	Läßt erkennen, daß gefüttert werden soll	a
18.	Macht Mundbewegungen, um gefüttert zu werden	b
19.	Nimmt Breikost vom Löffel	b
37.	Benutzt die Finger zum Essen, kaut aber noch nicht	c
38.	Fährt mit dem Löffel über den Teller, steckt ihn in den Mund, um ihn abzulecken	c
56.	Kaut Kekse, Zwieback usw	d
57.	Schält Nahrungsmittel (Banane) oder packt sie aus, ohne daß daran erinnert werden muß	d
58.	Braucht einen Löffel (kleckert noch etwas dabei)	d
76.	Trinkt aus einer Tasse ohne zu kleckern, kann sie halten	e
77.	Kann ohne Hilfe essen	e
106.	Kann ohne Mühe mit einer Gabel essen (das Essen kann geschnitten und vorbereitet sein)	f
107.	Ist imstande, sich etwas zu trinken zu nehmen, ohne daß man dabei hilft	f

Bewegungsfähigkeit

3.	Kann seinen Kopf halten	a
4.	Sitzt mit leichter Unterstützung	a
20.	Sitzt mit einigermaßen geradem Rücken und kurzfristig auch ohne Unterstützung	b
21.	Richtet sich zum Sitzen hin und legt sich wieder	b
39.	Zieht sich selbst nach oben — steht, wenn er sich festhalten kann	c
40.	Bewegt sich kriechend und krabbelnd	c
59.	Denkt sich Hilfsmittel aus, um Dinge, die er haben möchte, zu erreichen	d
60.	Kann mit Unterstützung gehen	d
78.	Kann die Treppe nach oben gehen, setzt beide Füße auf jede Stufe	e
79.	Kann auf gleiche Weise treppabwärts gehen	e
108.	Kann laufen	f
109.	Schiebt und stößt große Gegenstände	f

Toilette und Waschen

22.	Braucht Topf (oder Toilettenstuhl), wenn er darauf gesetzt wird	b
41.	Stuhlgang einigermaßen regelmäßig	c
61.	Hat sich an bestimmte Regelmäßigkeit tagsüber gewöhnt und wartet einigermaßen darauf, abgeführt zu werden	d
62.	Zeigt an, daß er naß und/oder schmutzig ist	d
80.	Tagsüber trocken, muß aber ziemlich oft die Blase entleeren	e
81.	Weitgehend sauber, nur gelegentlich passiert mal etwas	e
110.	Sagt, daß er zur Toilette muß oder geht von allein	f
111.	Klettert auf den Toilettensitz	f
112.	Geht auf die Toilette, ist selbstständig bis auf Abwischen	f
113.	Trocknet sich seine Hände genügend ab, ohne daß man ihm dabei viel helfen muß	f

Anziehen

42.	Macht passiv mit, wenn man ihn anzieht	c
63.	Hält seine Arme und Füße hin, wenn man ihn anzieht	d
82.	Hilft, um angezogen zu werden	e
83.	Zieht Strümpfe aus	e
114.	Kann sich einfache Kleidungsstücke an- und ausziehen	f
115.	Kann erreichbare Knöpfe aufknöpfen	f

VERSTÄNDIGUNGSVERMÖGEN

Ausgehend von ihm selbst

5.	Krächzende Laute, Weinen	a
6.	Läßt sich liebkosen	a
23.	Mmmm oder ssss Geräusche	b
24.	Vielsilbige Töne — lil, rrr, usw	b
25.	Zwei zweisilbige Wörter — da-da, ba-ba, usw	b
43.	Ein deutlich gesprochenes Wort	c
44.	Drei bis vier deutliche gesprochene Wörter	c
64.	Beginnendes Kauderwelsch (viele unverständliche Wörter)	d
65.	Zwanzig einzelne Wörter	d
84.	Zwei Wortkombinationen — Mama geh,	e
85.	Drei-Wort-Sätze — will was trinken, usw	e
86.	Fürworter — mein, meine	e
87.	Bezeichnet sich selbst mit seinem Namen	e

Name..... Alter.....

Behendigkeit (Grobmotorik)

16.	Versucht Gegenstände zu erreichen, kann es nicht durch überschießende Bewegungen	a
17.	Hantiert mit Gegenständen	a
35.	Greift nach Gegenständen, indem er sich vorwärts lehnt	b
36.	Wirft Gegenstände auf den Fußboden	b
54.	Schaut nach den heruntergefallenen Gegenständen und beugt sich nach vorn über	c
55.	Reiht zwei oder mehr Bauklötze oder Würfel hintereinander auf	c
74.	Kann einen Ball mit dem Fuß treten ohne hinzufallen	d
75.	Kann willkürlich einen Ball werfen ohne hinzufallen	d
100.	Nimmt Gegenstände auf ohne hinzufallen	e
101.	Kann mit beiden Füßen hopsen	e
102.	Öffnet Türen	e
103.	Klettert auf einen Stuhl und kann darauf stehen	e
104.	Setzt sich allein an den Tisch	e
105.	Nimmt einen Deckel ab und tut ihn auf die Büchse zurück	e
129.	Springt mit beiden Füßen vom Boden einen Schritt ohne Unterstützung	f
130.	Kann kurze Zeit auf einem Bein stehen	f

Die P-A-C und der P-E-I

Zweck: Die primäre P-A-C wurde entworfen, um die allerersten Stufen einer Sozialentwicklung sichtbar zu machen. Dazu werden die wichtigsten Fortschritte während der ersten Jahre normaler körperlicher, sozialer und geistiger Entwicklung, unterteilt nach Selbsthilfe, Verständnisvermögen, Sozialanpassung und Beschäftigung, beschrieben. Nachuntersuchungen lassen dann erkennen, ob sich in einem bestimmten Zeitraum weitere Fortschritte bestätigen lassen oder nicht.

Aufbau: Fortschritte sind entsprechend der Reifungsentwicklung angeordnet und ermöglichen dadurch eine direkte Leistungskontrolle auf verschiedenen Gebieten. Die Buchstabeh a bis f kennzeichnen annähernd die Stufenfolge der Entwicklung auf bestimmten Gebieten.

Wertung: Die Anordnung der Fähigkeiten nach zunehmender Schwierigkeit ermöglicht es, vorauszusetzen, daß Leistungen auf bestimmten Gebieten erwartet werden können, weil zu deren Ausführung die einfacheren Stufen zurückgelegt sein müssen. Dadurch kann man Zeit sparen. Man versucht, vorsichtig die höchste Leistungsstufe auf den Gebieten der Selbsthilfe und des Verständigungsvermögens festzulegen und kann dann damit rechnen, daß darunter vermerkte einfachere Leistungen beherrscht werden. Es gibt jedoch besonders hinsichtlich der Sozialanpassung und Beschäftigung Ausnahmen. Der Prüfer muß sich hinsichlich der Sozialentwicklung vergewissern, indem er nach beiden Richtungen (vor- und rückwärts) testet, um die richtige Streubreite festzulegen.

Alle numerierten Flächen des Leistungsdiagramms, die anzeigen, daß die entsprechenden Fähigkeiten leicht und/oder häufig erreicht werden, sind **fest**, solche, die noch nicht vorhanden sind, es aber sein sollten, **leicht** zu schraffieren. Die Flächen, die noch nicht geprüft werden können, bleiben weiß. Nachuntersuchungen sollten regelmäßig alle sechs Monate durchgeführt werden. Wenn Leistungen durch andere auf einer höheren Stufe in demselben Gebiet überholt worden sind, dann sollen sie fest schraffiert werden, auch wenn sie nicht länger durchgeführt werden.

Dabei achte man auf die Kriterien, wie sie in dem P-A-C Manual (nur in englischer Sprache) beschrieben werden.

Allgemeine Hinweise: Die P-P-A-C Untersuchungsbögen eignen sich für normale Kleinkinder und erheblich geistig behinderte Kinder und Erwachsene. Spätere Stufen der Sozialentwicklung überprüft man mittels der P-A-C 1, P-A-C 1A, M(ongol)-P-A-C 1 und P-A-C 2. Die Untersuchungen achten besonders auf spezifische Schwächen und Leistungsausfälle, aber auch auf eventuell mögliche Hilfsmaßnahmen. Oft wird man feststellen wollen, wieweit ein durchschnittlich begabtes Kleinkind sich hinsichtlich seiner Sozialentwicklung im Vergleich zu einem gleichalten behinderten Kind auf gleicher, auf niedrigerer oder höherer Stufe befindet. Dazu eignet sich der P-P-E-I (PRIMÄRER PÄDAGOGISCHER EINSCHÄTZUNG INDEX). Er bringt entsprechende Vergleiche und gibt an, was man von geistig behinderten Kleinkindern verschiedener Altersstufe erwarten kann.

Kinder im Schulalter werden mittels der **P-A-C 1** (Pädagogische Analyse und Curriculum 1) geprüft. Für mongoloide Kinder soll die **M/P-A-C 1** verwendet werden, die auf den Untersuchungsergebnissen von 200 mongoloide Kinder aufgebaut ist. Die Einschätzung von Kindern, die mit Hilfe der **P-A-C 1** geprüft worden sind, erfolgt durch den **P-E-I 1** (Pädagogischer Einschätzungs Index 1), während mongoloide Kinder, die auf der **M/P-A-C 1** geprüft worden sind, durch den **M/P-E-I 1** (Pädagogischer Einschätzungs Index 1 für mongoloide Kinder) eingeschätzt werden. Der **M/P-E-I 1** existiert in zwei Ausführungen —für Buben und für Mädchen.

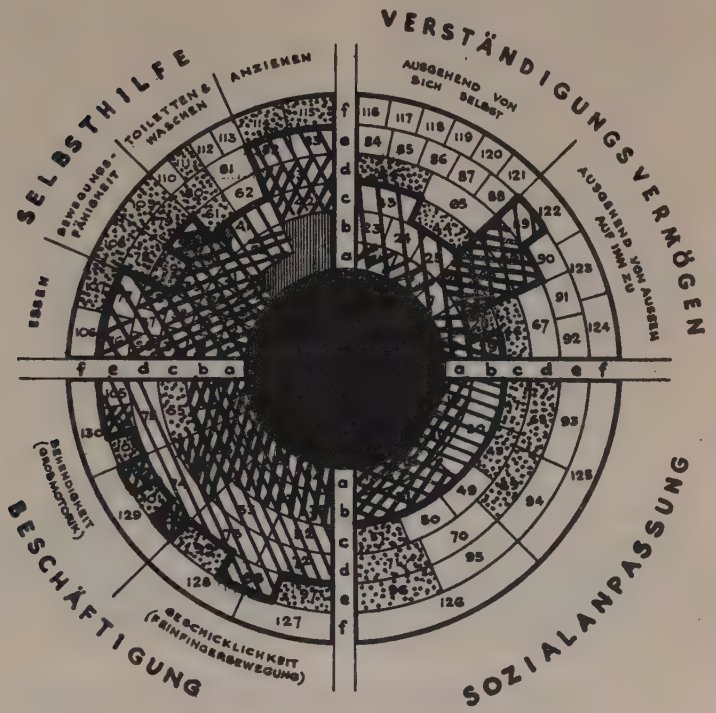
Weitere Untersuchungen von Schulkindern können mit Hilfe der **P-A-C 1A**, und von Jugendlichen und Erwachsenen auf Grund der **P-A-C 2** durchgeführt werden. (Diese Untersuchungsbögen sind vorläufig nur in englischer Sprache erhältlich). Die Beurteilung der Ergebnisse auf der **P-A-C 2** erfolgt mit Hilfe des "Pädagogischen Einschätzungs Index 2" **(P-E-I 2)**.

Diese Übersetzung der P-P-A-C kann bezogen werden durch:
SEFA (Publications) Ltd.,
240 Holliday Street,
Birmingham B1 1SJ,
ENGLAND.

Bei dieser Firma können gleichfalls andere Materialien, die sich auf das P-A-C System beziehen, bestellt werden:

Pädagogische Analyse und Curriculum 1 **(P-A-C 1)**
Pädagogische Analyse und Curriculum für mongoloide Kinder **(M/P-A-C 1)**
Progress Assessment Chart 2 **(P-A-C 2)**
Primärer Pädagogischer Einschätzungs Index **(P-P-E-I)**
Pädagogischer Einschätzungs Index 1 **(P-E-I 1)**
Pädagogischer Einschätzungs Index 1 für mongoloide Kinder **(M/P-E-I 1)** in zwei verschiedenen Fassungen (Buben, Mädchen)
Pädagogischer Einschätzungs Index 2 **(P-E-I 2)**
P-A-C Manual (in englischer Sprache)

PAC-Durchschnittswerte
aller Trainees bei der
Name..... Erstuntersuchung ..... Alter.....



Doppelt schraffierte Items stellen Fertigkeiten dar, die von mindestens 75 % der T beherrscht wurden ; einfach schraffierte Items solche, die von mindestens 50 % der T, und gepunktete Items solche, die von 25 % der Trainees beherrscht wurden.

Die dick durchgezogene Linie markiert daher die im Durchschnitt erfüllte Punktzahl der Trainees vor dem Training. In der Motorik und beim Essen entspricht dies den Normen für 7jährige Geistig Behinderte ; in allen anderen Bereichen liegen die Trainees weit unter dieser Altersnorm.

Fortsetzung FA-Matrix 2

4. Varimax-Ladungsmatrix

	1	2	3	4	5	6
1 = K/T	0.96	0.19	0.06	0.18	-0.05	-0.08
2 = K/NT	0.17	0.94	-0.06	0.06	0.00	0.00
3 = KI/T	0.93	0.19	0.18	0.09	-0.14	-0.07
4 = KI/NT	0.16	0.53	-0.16	0.81	-0.00	-0.07
5 = KII/T	0.93	0.17	-0.07	0.15	0.00	-0.09
6 = KII/NT	0.10	0.96	0.01	-0.20	0.01	-0.04
7 = R/T	0.91	0.03	0.09	-0.18	-0.16	0.02
8 = R/NT	0.26	0.81	0.07	0.05	-0.20	0.00
9 = S/T	0.86	0.14	-0.15	0.10	-0.12	-0.01
10 = S/NT	0.02	0.88	0.05	0.39	-0.29	-0.03
11 = A/T	0.64	0.16	-0.49	0.16	-0.19	-0.26
12 = A/NT	0.05	0.50	-0.44	0.04	0.12	-0.51
13 = G/T	0.94	0.04	-0.11	0.02	0.04	-0.10
14 = G/NT	0.05	0.87	0.01	-0.25	0.10	-0.16
15 = V/T	0.63	0.41	0.48	0.25	0.04	0.08
16 = V/NT	0.05	0.85	0.18	0.42	-0.01	0.07
17 = Niv. Pfl.	0.08	0.56	-0.31	0.08	-0.37	0.07
18 = N Betten	-0.48	-0.71	0.18	0.04	-0.26	-0.02
19 = Bes.Schl.	-0.07	-0.02	0.16	0.10	0.92	0.14
20 = BVZG K II	-0.31	0.21	-0.06	-0.89	-0.02	-0.16
21 = BVZG NT	-0.82	0.07	-0.09	-0.31	0.01	-0.15
22 = DA	-0.03	0.15	-0.10	0.07	0.10	0.87
23 = O	-0.32	-0.27	-0.36	0.09	-0.21	0.70
24 = P	-0.28	-0.16	-0.02	-0.10	0.71	-0.23
25 = B	0.01	0.02	0.80	-0.01	0.13	-0.35

Fortsetzung FA-Matrix 2

Faktor 1 Variable 1	(K/T)	(0.9619)
Faktor 1 Variable 13	(G/T)	(0.9353)
Faktor 1 Variable 5	(K II/T)	(0.9338)
Faktor 1 Variable 3	(K I/T)	(0.9275)
Faktor 1 Variable 7	(R/T)	(0.9077)
Faktor 1 Variable 9	(S/T)	(0.8600)
Faktor 1 Variable 21	(BVZG NT)	(-0.8190)
Faktor 1 Variable 11	(A/T)	(0.6397)
Faktor 1 Variable 15	(V/T)	(0.6311)
Faktor 1 Variable 18	(N Betten)	(-0.4768)
Faktor 2 Variable 6	(KII/NT)	(0.9627)
Faktor 2 Variable 2	(K/NT)	(0.9402)
Faktor 2 Variable 10	(S/NT)	(0.8766)
Faktor 2 Variable 14	(G/NT)	(0.8724)
Faktor 2 Variable 16	(V/NT)	(0.8470)
Faktor 2 Variable 8	(R/NT)	(0.8139)
Faktor 2 Variable 18	(N Betten)	(-0.7066)
Faktor 2 Variable 17	(Pfl. Niv.)	(0.5567)
Faktor 2 Variable 4	(K I/NT)	(0.5321)
Faktor 2 Variable 12	(A/NT)	(0.5045)
Faktor 2 Variable 15	(V/T)	(0.4087)
Faktor 3 Variable 25	(B)	(0.8031)
Faktor 3 Variable 11	(A/T)	(-0.4927)
Faktor 3 Variable 15	(V/T)	(0.4848)
Faktor 3 Variable 12	(A/NT)	(-0.4414)
Faktor 3 Variable 23	(O)	(-0.3640)
Faktor 4 Variable 20	(BVZG K II)	(-0.8860)
Faktor 4 Variable 4	(K I/NT)	(0.8052)
Faktor 4 Variable 16	(V/NT)	(0.4223)
Faktor 4 Variable 10	(S/NT)	(0.3951)
Faktor 5 Variable 19	(Bes.Schl.)	(0.9216)
Faktor 5 Variable 24	(P)	(0.7125)
Faktor 5 Variable 17	(Pfl. Niv.)	(-0.3671)

Faktor 6 Variable 22	(DA)	(0.8666)
Faktor 6 Variable 23	(O)	(0.6984)
Faktor 6 Variable 12	(A/NT)	(-0.5123)
	(B)	(-0.35)
	(P)	(-0.23)
	(A/T)	(-0.26)

Zum Sauberkeitstraining

Zusammenfassung:
A. Ausgangspunkt ist das Verhalten unsauberer Pfleglinge. Es läßt sich wie folgt beschreiben:

S 1 ---------- R 1

Blasen- bzw. Darmdruck	Öffnen der Schließmuskel

Wir haben es mit einem einfachen Reflex zu tun. S 1 (der Auslöser des Reflexes) löst R 1 (die Reaktion) aus, wenn eine bestimmte Spannungsschwelle von Blase oder Darm erreicht ist.

B. Lernziel ist es, den automatischen, unwillkürlichen Reflex unter Kontrolle zu bringen. R 1 darf nur unter bestimmten Bedingungen auftreten, und zwar
a- muß der Pflegling seine Hosen und Unterhosen ausgezogen haben und
b- muß auf der Toilette sitzen.
Dies ist das erwünschte Verhalten. Unerwünschtes Verhalten nennen wir in diesem Zusammenhang jede Entleerung, bei der die Bedingungen nicht beide erfüllt sind.

Um zu erwünschtem Verhalten (Toilettenbenutzung) zu kommen, müssen mehrere Vorstufen durchlaufen werden:

a- An- und Ausziehen zumindest von Trainingshosen muß selbständig gemacht werden können
b- die Toilette muß aufgesucht und benutzt werden.

Die Gesamtfolge der Einzelhandlungen muß in eine festgelegte Reihenfolge gebracht werden:

- Gang zur Toilette
- Hosen herunterziehen
- sich auf die Toilette setzen
- Ausscheidung (R 1 in erwünschter Form)
- evtl. Reinigung
- Aufstehen und Hose hochziehen
- Spülung betätigen
- Hände waschen, wenn möglich

Auslöser soll zunächst eine Aufforderung sein ("geh' zur Toilette"). Der Pflegling soll sich auf Aufforderung gewissermaßen selbst aufsetzen. Dabei wird nur soviel Hilfestellung gegeben, wie unbedingt nötig. Dies wird geübt, bis keine Hilfestellung mehr nötig ist. Der Auslöser für den gesamten Ablauf ist aber noch die Aufforderung durch einen Trainer, d.h. eine echte selbständige Toilettenbenutzung liegt noch nicht vor.

Dies ist der letzte Schritt zum Ziel: Auslöser soll statt der Aufforderung von außen die Spannung der Blase bzw. des Darms sein (S 1), die jetzt aber nicht mehr zu unmittelbarer reflexhafter Entleerung führt, sondern zur oben beschriebenen Abfolge.

Wie ist das zu erreichen?

C. Konkretes Vorgehen: Dies ergibt sich aus dem eben Gesagten sowie aus folgenden zusätzlichen Überlegungen.

In der Regel ist auf einer großen Station für einen Pflegling die Situation die, daß er keine Aufmerksamkeit erregt, solange er still dasitzt und nichts Besonderes tut. Er bekommt kaum Zuwendung außer bei Mahlzeiten, beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen und dem damit verbundenen Waschen und Umkleiden. Er langweilt sich wahrscheinlich und wünscht Kontakt mit Pflegern. Den kann er u.a. dadurch bekommen, daß er sich naß oder schmutzig macht (wie auch durch anderes unerwünschtes Verhalten). Das Säubern des Pfleglings ist ja unweigerlich mit Zuwendung und Aufmerksamkeit verbunden. Es besteht also für den Pflegling evtl. gar kein Interesse, sauber zu werden, weil er dafür am Ende weniger Zuwendung bekäme. Das hieße, unerwünschtes Verhalten/Unsauberkeit würde durch Beachtung belohnt, erwünschtes (Toilettenbenutzung ohne Hilfe) aber nicht belohnt.

Folglich gehört zum konkreten Vorgehen im Training eine genaue Umkehrung dieser Beziehung: der Pflegling soll Zuwendung und Beachtung erhalten, solange er sauber und trocken ist und nicht, wenn er sich naß oder schmutzig gemacht hat; in diesem Fall soll er gerade durch Zuwendungsentzug bestraft werden. Richtige Toilettenbenutzung soll nun auch ausdrücklich gelobt und belohnt werden, Einnässen und Einkoten ebenso deutlich getadelt werden und anschließend Zuwendungsentzug nach sich ziehen.

Es liegt auf der Hand, daß dieser Lernvorgang umso schneller ablaufen wird, je öfter man Gelegenheit hat, zu loben bzw. zu tadeln, d.h. je öfter das Zielverhalten - erwünschte oder unerwünschte Form - auftritt. Deshalb empfiehlt es sich, den Pfleglingen viel Flüssigkeit anzubieten, damit sie oft "müssen".

Daneben ist es günstig, auch in anderen Bereichen die Pfleglinge anzuhalten, selbständig zu sein (allein essen, allein zu trinken oder zu essen nehmen, sich selbst waschen und anziehen, selbst ein Spiel aussuchen, Kämmen, Zähneputzen, Händewaschen u.ä.).

Fassen wir kurz zusammen:

Wenn der Patient sauber und trocken ist:

- möglichst ununterbrochener Kontakt, Spiel und Beschäftigung, Aufenthalt in der Gruppe, Zuwendung und Beachtung
- Süßigkeiten ca. alle 5 Minuten
- Getränke ca. alle 30 Minuten

Wenn der Patient auf Aufforderung oder selbständig die Toilette benutzt:

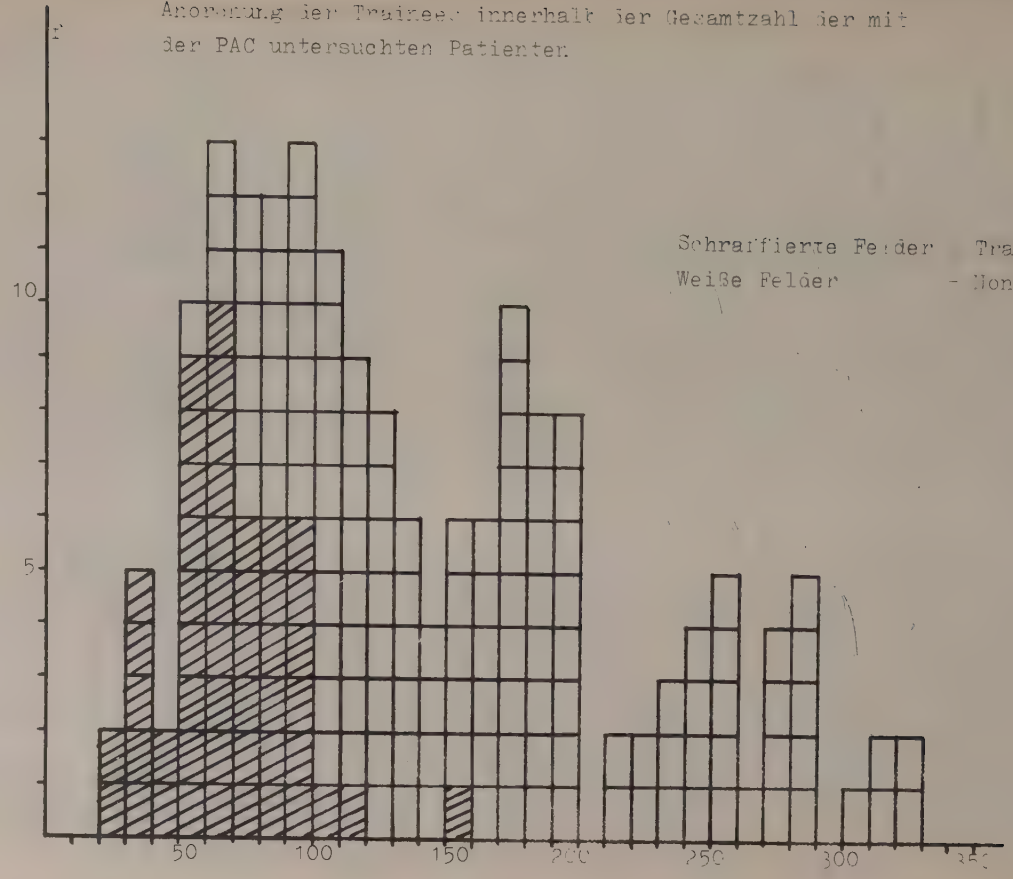
- deutliches Lob, Streicheln
- Süßigkeit extra

Bei einem Toilettenunfall:

- deutlicher Tadel, Schütteln, Anschreien

- Ausschluß von der Gruppe, Unterbrechung des Kontakts, keine Süßigkeiten und Getränke für eine Stunde und Isolierung im Auszeitraum mit nassen Hosen für 15 Minuten.
- ggf. Verschieben von Mahlzeiten

Anordnung der Trainees innerhalb der Gesamtzahl der mit der PAC untersuchten Patienten



Wir haben uns am Ende des Sauberkeitstrainings zusammengesetzt und gemeinsam eine Reihe von Beobachtungen festgehalten, die wir während dieser 12 Tage gemacht haben und die wir hiermit gerne an Sie schriftlich weitergeben wollen. Außerdem haben wir uns erlaubt, Ihnen einige Empfehlungen zu geben, wie Sie die betreffenden Pfleglinge nach unseren Erfahrungen am besten behandeln. Bitte sprechen Sie doch auch mit Ihren Kollegen darüber, damit alle informiert sind.

G.S. / 33/35

Essen: Lassen Sie bitte G. seinen Teller selber abholen und zum Tisch tragen. Er kann Teller tragen, kleckert allerdings oft etwas dabei. Er ißt völlig allein und braucht nicht gefüttert zu werden. Auf Aufforderung trägt er den abgegessenen Teller auch allein wieder zurück.

Toilette: Durch Schicken ist G. ohne weiteres sauber und trocken zu halten. Einige Male ging er ohne Aufforderung völlig allein, vor allem gleich morgens nach dem Aufstehen. Wenn er auf der Toilette war, loben Sie ihn bitte ausdrücklich, auch wenn er von Ihnen geschickt worden ist. Ob man sich ganz auf seine Selbständigkeit in bezug auf die Toilette verlassen kann, haben wir nicht weiter beobachten können. Schicken ist natürlich sicherer. Sollte er doch wieder tagsüber einnässen oder einkoten, so schimpfen Sie bitte laut mit ihm. Zeigen Sie dann irgendwie, daß Sie sich ärgern. Wir haben uns nur darum gekümmert, daß die Jungens tagsüber sauber und trockengehalten werden können. Wenn sie nachts naß oder schmutzig wurden, haben wir das unbeachtet gelassen. G. benötigt auf der Toilette keine Hilfe; er kann sich die Hose allein herunter- und wieder heraufziehen. Am Anfang setzte er sich allerdings einige Male auf die Toilette, ohne die Höse auszuziehen. Es wäre günstig, wenn Sie noch einige Male mitgehen, wenn Sie ihn auf die Toilette schicken, und ihn daran erinnern, daß er nicht vergißt, seine Hose herunterzuziehen. In den letzten Tagen hat er allerdings das Ausziehen der Hosen nicht mehr vergessen.

Waschen: Leider keine Änderungen.

An- und Ausziehen: Hosen, Strümpfe, Unterhosen und Schuhe streift er beim Ausziehen ab. Er zieht sich auch Hose und Unterhose hoch. Bei allen Kleidungsstücken am Oberkörper ist Hilfe nötig. Er ist allerdings auch hierbei nicht völlig unselbständig. Knöpfen kann er leider nicht.

Sonstige Bemerkungen: Wir würden Sie bitten, mit dem zuständigen Arzt darüber zu sprechen, ob von den Medikamenten Dominal noch erforderlich ist. Wir fanden G. nicht unruhig; er redete nur oft viel und laut. Im übrigen war er friedlich und freundlich und keineswegs schwierig, so daß wir keine Notwendigkeit sahen, ihn hoch einzusedieren. Statt dessen war er an einigen Tagen auffällig schläfrig und müde und legte sich mehrmals tagsüber von selbst ins Bett.

19.5.1974

gez.

Wir haben uns am Ende des Sauberkeitstrainings zusammengesetzt und gemeinsam eine Reihe von Beobachtungen festgehalten, die wir während dieser 12 Tage gemacht haben und die wir gerne hiermit an Sie weitergeben wollen. Außerdem haben wir uns erlaubt, Ihnen einige Empfehlungen zu geben, wie Sie die betreffenden Pfleglinge nach unseren Erfahrungen am besten behandeln. Bitte sprechen Sie doch auch mit Ihren Kollegen darüber, damit alle informiert sind.

P.L. / 55/57

Essen: P. ißt völlig allein und recht ordentlich. Er nimmt sich, tut sich selbst auf, trägt seinen Teller an seinen Platz, gießt sich Getränke ein. Das einzige Problem ist sein Magen; läßt man ihn essen, soviel er will, vertilgt er riesige Mengen und erbricht sich dann. Kleine Mengen behält er bei sich, auch wenn es Normalkost ist. Vielleicht wären häufige kleine Mahlzeiten die richtige Lösung.

Toilette: P. geht zuverlässig allein. Er braucht keine Hilfe. Häufig ergreift er die Hand einer Pflegeperson und führt sie zur Toilette. Es genügt dann, ihm zu sagen, er solle nur allein gehen. Streicheln und tätscheln Sie ihn, wenn er auf der Toilette war. Wahrscheinlich näßt er nachts noch ein; nachts haben wir nichts unternehmen können, weil die Jungens nur tagsüber beaufsichtigt wurden. P. kann natürlich nur allein die Toilette benutzen, wenn er weder festgebunden noch in einer Schutzjacke ist.

An- und Ausziehen: Beides tut er völlig allein, wenn auch langsam. Er bewältigt auch Knöpfe. Aufforderungen sind immer wieder mal nötig, aber keine direkte Hilfe.

Bemerkungen: Wir haben bei P. keinerlei Aggressionen beobachtet. Er war völlig sanft und still und hat nie auch nur die geringsten Schwierigkeiten gemacht. Er ist sehr kontaktbedürftig; weisen Sie ihn nicht zurück, wenn er kommt. Ein paar Schritte eingehakt mit ihm zu gehen, ihm über den Kopf zu streichen oder kurz seine Hand zu halten, genügt dann völlig. Er ahmt gern alles nach, was Sie ihm vormachen, spielt in kleinen Gruppen recht gut mit, z.B. Ball. Achten Sie darauf, daß er nicht geärgert, gereizt oder provoziert wird (Hilfsjungen!); wenn er dann irgendwann um sich schlägt, ist das kein Wunder.

Wir sehen keinen Grund, ihn tags oder nachts zu fixieren. Die Frage der Verlegung aus dem Wachsaal sollte geprüft werden.

P. ist wahrscheinlich schwerhörig, sicher aber nicht taub. Wenn man laut und einfach mit ihm spricht und Aufforderungen durch Gesten oder vormachen verdeutlicht, versteht er schnell und bemüht sich, es richtig zu machen.

16.6.1974 gez.

Wir haben uns am Ende des Sauberkeitstrainings zusammengesetzt und gemeinsam eine Reihe von Beobachtungen festgehalten, die wir während dieser 12 Tage gemacht haben und die wir hiermit gerne an Sie schriftlich weitergeben wollen. Außerdem haben wir uns erlaubt, Ihnen einige Empfehlungen zu geben, wie Sie die betreffenden Pfleglinge nach unseren Erfahrungen am besten behandeln. Bitte sprechen Sie doch auch mit Ihren Kollegen darüber, damit alle informiert sind.

E.W. / 33/35

E. holt sich sein Essen ab, tut sich aus den Kübeln auf; das alles geschieht ganz sicher und sauber. Er türmt keine Berge auf den Teller, sondern holt sich lieber mehrmals kleinere Portionen. Er nimmt sich auch nicht mehr, als er essen will; er giert und schlingt auch nicht. Er ist jetzt allerdings daran gewöhnt, soviel zu essen zu bekommen, wie er will. Er kann bei Flaschen Kronenkorken aufmachen, gießt sich sauber zu trinken ein. Das tut er bei Flaschen wie auch bei Kannen. Er kann mit Schöpfkellen ohne weiteres umgehen. Es wurde ihm immer erlaubt, sich jederzeit aus der Küche zu trinken zu holen oder von jedem beliebigen Wasserhahn zu trinken, was er auch oft tat. Er kann ohne weiteres mit der Gabel essen. Es ist ganz unnötig, daß er bei Tisch bedient wird oder seine Nahrung löffelt.

Waschen: E. frottiert sich nach dem Bad einigermaßen gut ab. Er badet überhaupt sehr gern; als Belohnung wäre ein warmes Bad sehr gut verwendbar. Falls er mit Kot schmiert oder sich einkoten sollte, baden Sie ihn bitte nicht anschließend warm, da Sie sonst seine Unsauberkeit damit belohnen würden. Die Säuberung muß dann eben eine Weile warten. Wir würden empfehlen, ihn statt dessen zu isolieren, falls Sie einen kleinen kahlen Raum zur Verfügung haben, wo er nichts anstellen kann und ganz alleine bleibt. (Siehe unten unter Anmerkungen.)

An- und Ausziehen: Beides kann E. völlig allein. Es ist keinerlei Hilfe nötig. Er bewältigt auch kleine Knöpfe ohne alle Schwierigkeiten.

Toilette: E. benutzt völlig allein und ohne Schwierigkeiten die Toilette. Eine Aufforderung ist nicht nötig. Es ist allerdings günstig, wenn Sie ihn im Auge behalten, weil er sonst nach Toilettenbenutzung leicht anfängt, mit Kot zu schmieren. Verbieten Sie ihm das bitte energisch; bei uns hat er sich nach Verboten immer gerichtet. Nach Benutzung der Toilette zieht er die Spülung und dann wäscht er sich auf Aufforderung hin die Hände, wenn auch dies nicht sehr sorgfältig. Er ging auch nachts alleine zur Toilette, da er nicht angebunden war. Solange wir ihn fixiert hatten, machte er statt dessen vor das Bett, das er gerade noch verlassen konnte, auf den Fußboden. Dies war jedoch offenbar ein Notbehelf, weil er ja nicht zur Toilette gehen konnte. Ein schmutziges Bett oder schmutzige Wäsche scheinen ihm sehr unangenehm zu sein. Er hat ein einziges Mal auf den Fußboden uriniert, jedoch nicht, ohne vorher die Hose auszuziehen. Wir haben ihn daraufhin geschimpft und ausgesperrt; es blieb bei einem einzigen Vorfall dieser Art am ersten Tag. Wenn er natürlich tagsüber eine Schutzjacke trägt und nachts im Bett fixiert wird, ist nicht zu erwarten, daß er sauber

und trocken ist, weil er das ja dann einfach nicht kann. (Siehe unter sonstige Anmerkungen.)

Sonstige Anmerkungen: Versuchen Sie bitte, E. möglichst viel zu beschäftigen. Wie Sie das machen, bleibt im wesentlichen Ihrer Phantasie überlassen. Wir haben ihn möglichst weitgehend im Haushalt mit eingespannt. Sie könnten z.B. Tische abräumen, Essenskübel tragen lassen und dergleichen Aufgaben mehr. Sie könnten ihm wahrscheinlich auch beibringen, etwa das Geschirr abzutrocknen. Er räumt auch Dinge mit wahrer Leidenschaft wieder an ihren Platz. Wir hatten da eher Mühe, ihn von seinem ständigen Aufräumen abzuhalten. E. reagiert im allgemeinen sehr gut auf Verbote und Aufforderungen. Er fügt sich den Anweisungen des Personals ohne weiteres. Wir haben beobachtet, daß er zwar völlig stumm ist, aber überraschend viel versteht. Wir halten ihn für relativ intelligent; er erinnerte sich an viele Kleinigkeiten, die wir ihm nur ein einziges Mal zeigten. Soweit er nur Kontakt mit anderen Personen hat und beschäftigt wird, halten wir ihn für völlig problemlos. Er hat am zweiten Tag dreimal hintereinander getobt und Dinge zerstört. Wir haben ihn daraufhin sofort ohne weiteren Kommentar ausgesperrt, d.h. in einer kleinen kahlen Kammer isoliert. Damit hörte das Toben nach diesen drei Vorfällen völlig auf. Wir haben keinerlei weitere Schwierigkeiten mit E. gehabt; er zeigte sich im Gegenteil sehr anstellig und willig. Aus diesen Erfahrungen heraus halten wir auch die Zwangsjacke für völlig überflüssig. Wir haben auch Zweifel daran, ob die nächtliche Fixierung im Bett wirklich nötig ist. Wir haben nie gesehen, daß er andere Pfleglinge irgendwie quälte oder schlug. Die einzige Ausnahme war ein Versuch, einem anderen Pflegling in der Nase zu bohren. Wenn man ihm das verbietet, hört er allerdings sofort damit auf. Wir halten seine verschiedenen Verhaltensstörungen, von denen berichtet wurde, wie Toben, Dinge zerstören, andere schlagen, mit Kot schmieren und dergl., für eine Reaktion auf die Fixierung. E. beschäftigt sich allerdings allein überhaupt nicht; er braucht immer jemanden, der ihn auffordert und antreibt.

19.5.1974 gez.

Tabellarischer Lebenslauf

Name:	Brand, Michael Kai
Geboren:	18. Januar 1944 in Worms, als Sohn des Friedrich Wilhelm Brand, kaufmännischer Angestellter, und seiner Ehefrau Anneliese, Hausfrau.
Schule:	Grundschule Westend, Worms 1950 - 1954 Karmeliter-Gymnasium Worms, 1954 - 1955 Bunsen-Gymnasium Heidelberg, 1955 - 1960 und von 1962 - 1964
Auslands-aufenthalt:	In den Jahren 1960 - 1962 in den USA, dortiger Besuch der High School mit amerikanischem Schulabschluß.
Abitur:	1964 in Heidelberg (Neusprachlicher Zweig)
Studium:	Ab Mai 1964 an der Freien Universität Berlin. Zuerst 3 Semester Volkswirtschaftslehre, sodann Studienfachwechsel für das Fach Psychologie. Diplom-Vorprüfung: 21.11.1968, Note: sehr gut. Diplom-Hauptprüfung: 24.6.1971, Note: sehr gut.
Beruf:	Seit 1971 in Hamburg ansässig, tätig als klinischer Psychologe an den Alsterdorfer Anstalten (Evangelische Heil- und Pflegeeinrichtung) bis 30.11.1974; seither in freier Praxis gemeinschaftlich mit einer Kinderärztin tätig.
Anschrift:	Privat: Hamburg 20, Neumünstersche Straße 38, Tel. 48 42 09; Praxis: Dr. Flehmig, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 209, Tel. 44 87 04.

Hamburg, 18.2.1976

(Michael Brand)